

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 88

RÉTINITE
ALBUMINURIQUE GRAVIDIQUE
(PRONOSTIC ET TRAITEMENT)

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antonin GUÉRIN

Né le 9 septembre 1885, à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 88

RÉTINITE

ALBUMINURIQUE GRAVIDIQUE

(PRONOSTIC ET TRAITEMENT)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antonin GUÉRIN

Né le 9 septembre 1885, à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

MARS 1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	}	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	}	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique	}	MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	}	COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie	}	LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag.
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET,	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; PIC, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté
de Lyon.

Au début de ce travail qui marque la fin de notre vie d'étudiant, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à notre éducation et à notre instruction médicales.

C'est un devoir bien agréable d'adresser nos remerciements aux maîtres de cette Faculté de Lyon, qui, tant de fois, nous ont entouré de leurs conseils et de leur bienveillance, au cours de nos années d'études.

Nous adressons ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude à M. le D^r Leclerc, médecin des hôpitaux, qui fut notre premier maître, à M. le professeur Pic, à M. le professeur agrégé Commandeur, à M. le professeur agrégé Villard, à M. le professeur Nicolas, à M. le professeur Rollet. A M. le professeur agrégé Voron, qui nous donna l'idée de ce travail et qui nous honora toujours de sa bienveillance, à M. le D^r Gonnet, accoucheur des hôpitaux, qui nous aida de ses conseils et de ses travaux, nous adressons nos vifs remerciements.

Aux amis, rencontrés au cours de ces années d'études, avec qui nous avons partagé nos heures de travail, en la franche et joyeuse compagnie desquels

*nous avons passé de bien agréables heures de loisirs,
nous adressons un cordial et très fidèle souvenir.*

*M. le professeur Rollet nous fait l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions
de croire à notre respectueuse gratitude.*

RÉTINITE

ALBUMINURIQUE GRAVIDIQUE

(PRONOSTIC ET TRAITEMENT)

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La coïncidence d'un aveuglement plus ou moins complet, plus ou moins rapide, plus ou moins durable, avec une grossesse avait toujours frappé les auteurs. Mais ceux-ci se montraient peu soucieux d'interpréter les phénomènes qu'ils observaient : ils réunissaient tous les cas de cécité gravidique sous un seul et même titre général : l'amaurose.

Hippocrate, Heurnius (1602), Malpighi (1628-1674), Seger (1672) signalent les influences fâcheuses que la grossesse peut exercer sur la vision, et citent des cas d'amaurose.

Au siècle suivant, Maître Jean (1740), Jean Janin (1772), de Saint-Yves (1767), Guérin (1770), Morgagni (1765), l'abbé Desmonceaux (1786), parlent également de la goutte sereine (amaurosis).

Au XIX^e siècle, nous trouvons les observations de Delarue (1820), M^{me} Lachapelle (1825), Weller (1826),

Carron du Villards (1838), J. Sichel (1837), G. Jeanselme (1840), Pétrequin (1841).

Simpson, en 1847, signale la coexistence de l'albumine avec des paralysies, des troubles fonctionnels de la vue et de l'ouïe.

Enfin, en 1851, Helmholtz, avec sa merveilleuse découverte de l'ophtalmoscope, va permettre aux auteurs, par l'examen et la description du fond d'œil, d'interpréter ces phénomènes.

Il faut arriver à Mackenzie (1857), Desmarres (1858), Deval (1862), pour voir le sujet prendre une allure un peu plus scientifique.

Mackenzie paraît bien encore confus; il n'envisage pas spécialement les troubles oculaires liés à l'état gravidique : c'est chez lui cependant que nous trouvons, pour la première fois exposées, les conclusions d'un examen ophtalmoscopique : « Schauenburg — écrit-il à l'article *Rétinite idiopathique* — a décrit une rétinite bouchonneuse ou embolique, fondée sur les lésions de la rétine observées à l'autopsie. Des extravasations sanguines, pointillées, nombreuses, caractérisent une des terminaisons les plus fréquentes de la rétinite, surtout dans les cas à marche très aiguë, et accompagnés de cécité permanente, comme on les observe chez les femmes en couches... » Il a vu souvent ces taches hémorragiques à l'ophtalmoscope.

Desmarres et Deval deviennent plus précis.

Desmarres définit la névrite rétro-bulbaire et la différencie d'avec la névro-rétinite et la papillite.

Nous devons à Deval la première description détaillée de la rétinite albuminurique. Il signale la date géné-

ralement tardive de son apparition, la régression *post partum* des exsudats, la persistance d'un scotome central, l'œdème de la papille.

Un grand pas est fait dans l'histoire des amauroses gravidiques. Désormais, on établira toujours la distinction entre les cas qui ne présentent pas de signes ophtalmoscopiques et ceux qui s'accompagnent de lésions rétiniennes.

Bousseau, dans sa thèse inaugurale (1868), insiste particulièrement sur la névro-rétinite albuminurique et relate, au cours de l'albuminurie gravidique, des cas, « extrêmement rares il est vrai, d'amblyopie, sans lésions rétiniennes appréciables ».

Dans son traité paru en 1862, Galezowski en parlant de la rétinite albuminurique gravidique, s'arrête particulièrement à la question du pronostic.

Churchill (1881) consacre un chapitre spécial aux « affections nerveuses des yeux ». Il les considère comme « très fréquentes chez les femmes enceintes, et leur attribue quelquefois une cause cérébrale ».

Au Congrès français d'ophtalmologie de 1888, le professeur de Lapersonne communique une très intéressante observation de rétinite albuminurique gravidique. Il insiste particulièrement sur la conduite à tenir dans les cas graves.

Les thèses de Janot (1892), Bastide (1893), Gendron (1890) renferment des faits intéressants de névrites optiques au cours de l'état puerpéral.

De Wecker et Landolt (1889) ont bien décrit la névrite rétro-bulbaire en regard de la rétinite albuminurique.

Dans une monographie importante (1890), Salo Cohn attire l'attention sur la rétinite albuminurique au cours de l'évolution physiologique de l'appareil génital de la femme.

Une nouvelle théorie pathogénique prend jour peu après cette époque pour expliquer les troubles divers de la grossesse : *l'auto-intoxication*.

La notion première en revient au professeur Bouchard (1887). En 1891 Bouffe de Saint-Blaise l'applique à l'éclampsie; le professeur Pinard l'incrimine dans les cas de vomissements graves, d'œdèmes non albuminuriques.

Elle a été invoquée depuis lors pour expliquer les troubles amaurotiques de l'état puerpéral.

Au cours de ces dernières années, surtout en Amérique, l'attention des auteurs a été davantage attirée par les faits de rétinites albuminuriques gravidiques : Hobby (1894), Meyer (1900), Ping-Ametler (1900), Ayres (1903), Howes (1885), Loring (1883), Pooley (1888), Ball (1907), Germane (1908). En Allemagne, Axenfeld (1899), Clapp (1902) ont rapporté des observations intéressantes de rétinites albuminuriques gravidiques.

En France, Bastide (1893), Monthus (1901), Coudray (1899), Puyo (1904), Fauconnier (1906), et Pley (1908), dans leurs thèses, ont relaté des faits intéressants et publié des articles très documentés.

Le 19 janvier 1911, MM. Wilhelm et Weill, dans une communication à la Société d'obstétrique de Paris, distinguent deux sortes de rétinites albuminuriques :

1^o Les rétinites albuminuriques caractérisées par les

troubles de la rétention *chlorurique* (amenant l'amaurose) ;

2° Les rétinites albuminuriques caractérisées par les troubles de la rétention *azotémique* (lésions rétinien-nes, torpeur intellectuelle, rétention de l'urée) impliquant un état grave, *quoad vitam* et nécessitant l'accouchement prématuré.

A part ces deux classes de rétinites albuminuriques il nous paraît utile de signaler une troisième classe, intermédiaire pourrait-on dire, caractérisée par des lésions rétiniennes discrètes (œdème rétinien ou papillaire, sans hémorragies ni taches exsudatives) (obs. XIV, XV et XXII). Ce sont là des rétinites albuminuriques discrètes dont le pronostic est beaucoup plus favorable.

Dans les traités et manuels d'ophtalmologie parus récemment (Lagrange, Truc, Valude et Frenkel, Morax, Terrien, et dans le *Traité d'ophtalmoscopie* de notre maître le professeur Rollet), on trouvera, sur cette question des rétinites albuminuriques gravidiques, des renseignements instructifs, des indications pratiques, surtout au point de vue du pronostic et du traitement que nous allons étudier, et qui restent toujours deux points délicats et controversés.

CHAPITRE II

PRONOSTIC DE LA RÉTINITE ALBUMINURIQUE NON GRAVIDIQUE

L'apparition d'une rétinite albuminurique est interprétée généralement comme un élément d'aggravation du pronostic général.

La statistique de la mortalité après la constatation ophtalmoscopique de la rétinite albuminurique, d'une part, et l'étude de la survie présentée par les malades, d'autre part, viennent confirmer cette donnée.

Bull note la statistique suivante :

Sur 103 cas de rétinite albuminurique, il note 86 morts :

57 malades dans la 1^{re} année d'observation

18	—	—	2 ^e	—	—
----	---	---	----------------	---	---

6	—	—	3 ^e	—	—
---	---	---	----------------	---	---

4	—	—	4 ^e	—	—
---	---	---	----------------	---	---

1	—	—	6 ^e	—	—
---	---	---	----------------	---	---

Plus intéressante est la statistique de Miles Miley qui nous montre l'aggravation que la rétinite brightique vient apporter au pronostic vital.

Miles Miley examine 164 albuminuriques aigus ou chroniques.

Dans 51 cas seulement existaient des lésions oculaires.

Or, parmi les malades n'ayant rien présenté du côté des yeux, 27 pour 100 moururent et parmi ceux qui présentaient en même temps des lésions rétinienne, la mortalité s'éleva à 57 pour 100. C'est par conséquent une mortalité double de celle des malades ne présentant pas de lésions rétinienne.

Des statistiques plus étendues, publiées dans une thèse de M^{lle} Possaner, confirment les données qui précèdent. Sur un total de 67.000 maladies oculaires, elle a rencontré 131 cas de rétinite albuminurique : sur ces 131 cas, 72 ont pu être suivis ; 39 appartenant à la clientèle privée de Haab et 33 à la clinique ophtalmologique de l'Université de Zurich. Sur les 39 malades de Haab, 23, soit 59 pour 100 moururent dans les deux années qui suivirent la constatation de leur affection oculaire. Sur les 33 malades de la clinique de Zurich, tous les hommes étaient morts au bout de deux ans, et, parmi les femmes, la mortalité était, au bout de ce temps, de 68 pour 100. Il n'est pas étonnant de retrouver dans cette mortalité l'influence des conditions hygiéniques et de la situation sociale.

Trousseau donne des renseignements sur 45 de ses malades atteints de rétinite albuminurique :

1	mourut un mois après le début de l'affection rétinienne.
3	moururent pendant les six premiers mois.
8	— — le cours de la première année.
16	— — la deuxième année.

Haehnle, étudiant 98 cas de rétinite albuminurique, voit mourir :

56 pour 100 des malades la première année.

12,5 pour 100 des malades la deuxième année.

14,5 pour 100 après plus de deux ans.

Si nous réunissons dans un tableau ces diverses statistiques, nous voyons que les résultats paraissent concorder d'une façon surprenante :

	NOMBRE TOTAL des malades	MORT PENDANT 1 ^{re} année	MORT PENDANT 2 ^e année
St. de Bull. . .	103	55,3	17,5
— Trousseau .	45	26,6	20,5
— Haehnle .	98	56	14,4
— Haab . .	72	{ clientèle privée. clinique . . .	59 0/0
			68 0/0

En résumé, la mort survient dans près de la moitié des cas au bout d'un an. Un tiers des malades seulement survivent deux ans après la constatation de la lésion rétinienne.

Cependant, d'après M. le professeur Rollet, ce pronostic est très grave. « Malgré la guérison toujours possible, dit-il dans son *Traité d'ophtalmoscopie*, p. 252, on doit porter un pronostic réservé, car la rétinite indique un état alarmant pour la vue et même pour l'existence du malade ; 9 pour 100 seulement des malades qui en sont atteints ont une survie de plus de deux ans (Oliver Belt). Pour Miley, la mort survient généralement par d'autres complications de l'affection rénale, douze ou dix-huit mois après le début des troubles visuels. Pour la baronne Possaner, plus de la

moitié des malades meurent dans l'année, mais cette gravité ne se rencontre que chez les malades des hôpitaux. »

CHAPITRE III

PRONOSTIC DE LA RÉTINITE ALBUMINURIQUE GRAVIDIQUE

Au point de vue ophtalmoscopique, la rétinite albuminurique gravidique ne diffère point des rétinites albuminuriques ordinaires.

Elle peut se présenter sous différentes formes, discrète ou sévère avec les types hémorragiques ou névritiques de préférence. Comme le dit Axenfeld, la rétinite gravidique peut se présenter sous deux formes :

La rétinite gravidique pure qui se montre de préférence chez les primipares et vers la fin de la grossesse ; c'est dans cette forme qu'on peut voir le plus communément les altérations rétiniennes se dissiper après l'accouchement ;

La rétinite, qu'on pourrait appeler gravido-néphrétique, dans laquelle l'état de grossesse est venu aggraver une altération rénale préexistante.

Dans la rétinite gravidique pure, les troubles rétiens apparaissent ordinairement dans les derniers mois de la grossesse.

Dans le deuxième cas, en général, leur apparition sera plus précoce. Si l'on tient compte que l'albuminurie constitue un des facteurs d'accouchement prématuré, on se rendra facilement compte que les faits de

la première catégorie soient plus nombreux et partant, de pronostic plus favorable.

A ce propos, nous rapporterons les statistiques de Silex et de Culbertson qui montrent que, dans l'ensemble, cette bénignité de la rétinite chez les femmes enceintes est en somme très relative, surtout quant au pronostic rétinien.

Sur 35 cas, Silex n'a observé que trois fois une acuité visuelle normale, et encore l'accouchement avait-il été fait prématurément. Dans deux autres cas, l'acuité visuelle fut de deux tiers.

Dans 6 cas elle se maintint au-dessous de $\frac{2}{3}$

— 2 —	—	—	—	1 2
— 1 —	—	—	—	1/5
— 2 —	—	—	—	1/12 et 1/16
— 1 —	—	—	—	1, 100

La statistique de Culbertson porte sur trente-six cas de rétinite survenue pendant la grossesse et nous donne les chiffres suivants, auxquels nous joignons ceux donnés par Silex, entre parenthèses :

Guérisons complètes . . .	17 0/0 (29 0/0)
— partielles.	58 0/0 (47 0/0)
Cécité	25 0/0 (24 0/0)

On s'exposerait à de graves mécomptes si l'on s'attendait toujours à une bénignité constante du pronostic de la rétinite albuminurique gravidique.

La distinction précise entre les deux formes de rétinite gravidique est parfois très difficile.

L'examen ophtalmoscopique peut-il nous permettre de différencier ces deux variétés et, par suite, apporter un élément précis pour le pronostic ?

Silex dit qu'on peut considérer comme forme grave celle où l'on rencontre à l'ophtalmoscope le liséré de périvasculite.

A notre avis, ce signe peut parfaitement manquer, et on peut le rencontrer dans des cas qui évoluent de façon bénigne.

Très souvent, le pronostic rétinien fonctionnel ne marche pas de pair avec la bénignité du pronostic général, habituelle dans la rétinite gravidique. Le contact prolongé des éléments rétiniens et de la papille avec un plasma éminemment chargé de substances toxiques, la compression que les exsudats entraînent, peuvent amener des troubles visuels durables, et même la cécité.

Il est bien difficile de fixer à coup sûr le pronostic d'une rétinite albuminurique survenant au cours de la grossesse.

Le praticien peut toujours redouter un abaissement définitif plus ou moins marqué de la vision, ou sa perte complète traduisant une atrophie secondaire du nerf optique.

Dans certains cas, d'après Berger, il arrive que la rétinite albuminurique de la grossesse n'évolue pas ; le nerf optique s'atrophie, l'acuité est diminuée. La femme dont parle Meyer (obs. XI) avait une rétinite albuminurique intense dont la marche ne fut guère modifiée malgré un avortement provoqué.

Le pronostic de la rétinite peut, de plus, être assombri par des complications : le décollement de la rétine n'est pas le moins rare. D'après Elschnig, « sur 100 cas de rétinite albuminurique, il y en aurait 10 avec

décollement », et, dans un tiers des cas publiés jusqu'ici, il s'agissait de rétinites albuminuriques gravidiques. Toutefois, dans cette forme, il semble posséder une tendance particulière à la guérison ; alors même, en effet, que le décollement était très prononcé, on a pu constater dans presque tous les cas, après un temps plus ou moins long, une réapplication de la rétine.

Mais le pronostic est aussi sous la dépendance des circonstances particulières qui accompagnent chaque grossesse. C'est ainsi que la date d'apparition de l'affection oculaire influe manifestement sur le caractère de son évolution.

D'après Mackenzie, Berger, Morax, Winckel, Galezowski, la rétinite albuminurique se déclare le plus souvent dans la seconde moitié de la grossesse, et le pronostic en est généralement favorable. « Survenant brusquement, dit Mackenzie, pendant l'éclampsie du travail, l'amaurose puerpérale a moins de gravité que lorsque la diminution de la vision est lente et progressive. Dans le premier cas, la cécité peut disparaître tout à coup après la délivrance. »

« La plupart du temps, l'albumine disparaît peu de temps après la naissance de l'enfant ; les maladies des yeux disparaissent aussi bientôt, soit avec un complet rétablissement des fonctions de la rétine, soit en laissant une déféctuosité du champ visuel » (Gendron).

L'observation suivante publiée par Guibert vient à l'appui de ce que nous avançons : « Une femme de « trente-trois ans, accouchée depuis deux mois, avec « des phénomènes d'éclampsie, présentait une double « rétinite albuminurique avec acuité d'un huitième.

« Soumise au régime lacté, elle guérit avec disparition de toute lésion ophtalmoscopique. La vision d'un œil redevint égale à un et de l'autre à deux tiers. »

Un facteur non moins important que la date d'apparition, doit aussi entrer en ligne de compte, pour l'établissement du pronostic ; c'est le passé obstétrical de la malade. « La primiparité ne prédispose pas à la rétinite albuminurique, écrit Puyo ; au contraire, c'est toujours chez des multipares que ces accidents ont été décrits. » Une telle affirmation nous paraît au moins un peu trop osée.

La primiparité ne met certainement pas une femme enceinte à l'abri d'une rétinite albuminurique toujours possible, selon nous, à n'importe quelle grossesse. C'est chez les femmes jeunes et primipares que l'on observe plus fréquemment l'albuminurie et ses complications : de ce fait, elles sont donc exposées à la rétinite albuminurique.

Les exemples ne manquent pas de primipares atteintes de rétinite albuminurique (obs. VIII, XV, XVII).

Maintenant, du fait de la primiparité, peut-on tirer une déduction certaine sur l'issue d'une rétinite albuminurique gravidique ? Nous ne le pensons pas ; la terminaison en est le plus souvent heureuse, il est vrai, dans ce cas ; mais on n'en a pas moins noté des cas où l'acuité visuelle est restée fort amoindrie.

L'état général de la malade, ses antécédents pathologiques personnels ou héréditaires ont sur l'évolution de la rétinite albuminurique gravidique une influence

qu'il faut bien se garder de négliger pour éclairer le pronostic.

Y a-t-il un *âge*, tout d'abord, où la rétinite albuminurique se développe de préférence, revêt un caractère plus souvent grave? Dans les observations que nous avons rapportées ou parcourues, les femmes atteintes avaient des âges variant entre seize ans et jusqu'à quarante-deux ans, et la rétinite ne paraît pas être plus spécialement bénigne chez les unes que chez les autres. Mais l'albuminurie frappant de préférence les femmes jeunes, celles-ci seront plus exposées à la rétinite albuminurique.

L'apparition et l'évolution d'une rétinite sont encore sous la dépendance de l'état de santé de la femme qui en est atteinte. Un organisme fatigué par le travail et les privations, dans un état de misère physiologique évident, sera certainement un terrain tout préparé. Mackenzie, Desmarres, Truc, Valude et Frenkel signalent avec raison « le mauvais état général, la faiblesse, la chlorose antérieure, l'anémie ».

Toutefois, ainsi que le prouvent les faits rapportés par Lécorché (obs. I), une femme « grande, forte, bien constituée, toujours bien portante », peut très bien être frappée de rétinite albuminurique gravidique et en conserver des traces indélébiles. L'auto-intoxication gravidique est alors seule et manifestement en cause.

Un point qu'il importe de connaître, c'est l'état et le fonctionnement physiologique des divers organes : utérus, intestin, foie, reins. Une femme qui a souffert de troubles oculaires au moment de ses règles est très

exposée à les voir se reproduire et même s'aggraver lors d'une grossesse.

Le fonctionnement défectueux du tube digestif, les troubles gastro-intestinaux prononcés et l'auto-intoxication qui en résulte peuvent retentir fâcheusement sur l'évolution d'une rétinite albuminurique gravidique.

Pour établir un pronostic sérieux de rétinite albuminurique gravidique, il faut absolument élucider la question du passé pathologique rénal de la malade. En effet, elle se termine presque toujours par la guérison, même avec des lésions inquiétantes, quand l'albumine dont elle dépend n'est que transitoire, et c'est le cas pour l'albumine de la grossesse.

Au contraire, elle revêt un caractère forcément grave quand elle vient compliquer une vieille néphrite exacerbée par la gestation. « Les désordres anatomiques — lisons-nous dans l'*Encyclopédie d'Ophtalmologie*, t. VII — ne rendent généralement pas impossible le rétablissement des fonctions visuelles. La rétinite gravidique a beaucoup plus souvent une terminaison favorable, à condition qu'elle dépende seulement de l'état de grossesse. » C'est l'avis unanime de tous les auteurs (Panas, Berger, Morax, Winckel...).

Le pronostic n'est pas sévère, dit A. Sichel, quand la rétinite est due à une cause passagère comme la grossesse. Mackenzie, Deval signalent des femmes qui ont été prises à plusieurs grossesses consécutives et n'en ont pas moins conservé une vision suffisante, sinon parfaite. Lécorché, Bousseau, Gendron, Monthus, Pley émettent la même opinion dans leurs thèses

inaugurales. Bastide n'est pas moins affirmatif : « Ce qui caractérise la rétinite gravidique, dit-il (th., p. 44), c'est sa tendance naturelle à la guérison, une fois que sa cause, la grossesse, a cessé. »

Galezowski dit enfin : « La rétinite albuminurique est guérissable si la maladie générale n'est qu'accidentelle ou passagère : une malade du professeur Grisolles (1865) fut prise pendant sa grossesse d'une albuminurie des plus graves, accompagnée d'une rétinite double. Après l'accouchement, tout a disparu. »

Existe-t-il toujours un rapport entre les troubles de la vue et la quantité d'albumine dans les urines? Nous pensons qu'on peut sans hésiter répondre par la négative (Winckel). Il n'est pas rare de voir des femmes conserver de l'affaiblissement de la vision longtemps après la disparition de l'albumine (Abadie). Dans d'autres cas, l'amblyopie peut cesser, bien que les urines contiennent encore une quantité notable d'albumine.

Il faut aussi chercher dans les antécédents de la malade, s'il n'existe pas une diphtérie, une scarlatine ou toute autre maladie ayant provoqué une néphrite antérieure. Une telle constatation serait de nature à faire porter un pronostic réservé. Dans sa thèse (p. 64), Pley cite le cas « d'une jeune femme de vingt-trois ans, primipare, qui, vers le septième mois eut une albuminurie considérable (12 gr. par litre), avec des troubles très marqués de la vue ; elle pouvait à peine lire ; son état s'améliora lentement par le régime lacté. Elle avait eu la scarlatine à dix-huit ans ».

La malheureuse femme qui fait l'objet de l'observa-

tion XVII avait eu la diphtérie huit ou neuf mois avant son accouchement.

Il sera nécessaire enfin de savoir si la femme enceinte atteinte de rétinite albuminurique n'était pas antérieurement soumise à une intoxication chronique : syphilis, tabac, alcool, quinine, qui ne seraient que des circonstances aggravantes.

Le pronostic éloigné de la rétinite albuminurique pour ce qui est du rétablissement de la fonction visuelle, ne dépend pas de l'étendue des lésions du fond d'œil, mais de la situation de celles-ci par rapport à la macula. Des lésions insignifiantes en apparence pourront entraîner des troubles très accusés de la vision si elles se sont développées sur la macula elle-même. D'autre part même, des foyers très étendus peuvent se résorber s'ils sont éloignés de la macula ; les foyers maculaires persistent plus longtemps. La réaction pupillaire conservée est d'un bon pronostic.

Une circonstance qui réclame une extrême prudence dans l'établissement de ce pronostic, c'est que la plupart du temps la rétinite albuminurique est binoculaire, ou quand un œil a été perdu ou très compromis lors d'une grossesse antérieure, le deuxième n'est pas à l'abri d'une nouvelle atteinte.

En résumé, il est toujours très délicat de prévoir quelle sera la terminaison d'une rétinite albuminurique gravidique. Si l'évolution en est souvent bénigne, on peut toujours appréhender la persistance de lésions matérielles amenant un abaissement plus ou moins marqué de la vision, et même une cécité complète et définitive.

Toutefois, pour atténuer ce côté inquiétant du pronostic, il est intéressant de signaler le peu de fréquence de ces rétinites albuminuriques d'après les documents que nous avons pu rassembler.

La rétinite albuminurique devient de plus en plus rare depuis que l'on recherche systématiquement l'albumine chez les femmes enceintes, l'examen méthodique des urines permettant d'en déceler les moindres traces dès son apparition et de soumettre sans le moindre retard la femme à un traitement approprié. C'est cette conviction que nous nous sommes faite après notre stage à la clinique obstétricale et à la maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Voron.

C'est l'avis du professeur Eustache : « Dans trente ans de pratique, disait-il, je n'ai rencontré que trois cas de rétinite albuminurique et, chaque fois, la vue a été récupérée dans moins de soixante jours. »

Polte publiait à la fin de 1905 un intéressant article, dans lequel il faisait ressortir la rareté relative de la rétinite albuminurique chez les femmes enceintes. Sur 200 femmes examinées, dont 18 avaient de l'albumine et 6 des accès d'éclampsie, il n'a trouvé que 2 fois des lésions de rétinite albuminurique et 2 fois une atrophie optique coïncidant avec une néphrite interstitielle et consécutive à une rétinite albuminurique.

C'est au sujet de ces rétinites albuminuriques que Fordyce Barker s'exprimait en ces termes : « Vous n'êtes pas sans avoir observé que la plus grande inquiétude dont témoigne devant vous la malade, se rapporte au recouvrement de sa vue, et vous vous demanderez

alors tout naturellement : Quel encouragement suis-je en droit de lui donner ? Quoiqu'on ait cité peu de cas de retour complet de la vision, quand l'albumine l'a sérieusement altérée durant la grossesse, j'en ai cependant vu plusieurs où la guérison avait été complète. »

S'il ressort aujourd'hui des nombreux ouvrages qui ont traité la question que la rétinite albuminurique est loin d'être incurable, encore faut-il savoir dans quels cas elle apporte le plus de chances de guérison.

Les auteurs sont unanimes à proclamer qu'il y a lieu à distinction.

C'est à l'amaurose albuminurique procédant du mal de Bright ou d'une affection rénale antérieurement contractée, mais exagérée par l'actuelle grossesse qu'on s'accorde à rapporter les désordres les plus graves et les lésions irrémédiables. L'atrophie de la papille et celle du nerf optique représentent quelquefois le stade terminal de la névrite, qui ici accompagne presque toujours à un degré plus ou moins prononcé les lésions rétinienues : c'est alors la cécité complète et sans appel. Le plus ordinairement on n'a pas à déplorer une aussi funeste terminaison, mais il persiste de l'amblyopie avec atrophie papillaire et la malade qui voit encore suffisamment clair pour vaquer à ses occupations journalières, aux gros travaux du ménage, ne peut se livrer à des besognes plus fines et plus minutieuses, exigeant une vision plus aiguë : la couture, la lecture un peu prolongée deviennent sinon impossibles, du moins très malaisées.

Quand la guérison s'obtient, et encore avec un déficit toujours constaté, ce n'est qu'au bout de plusieurs

mois et même des années, au cours desquelles la malade s'est cent fois laissée aller au désespoir de ne jamais recouvrer une vue suffisante.

Les médications semblent tenues en échec, et les progrès vers le mieux marchent avec une telle lenteur qu'on se lasse des soins les plus intelligents.

Panas dit : « Lorsque l'affection se rattache à une néphrite interstitielle, à l'ictère grave ou à l'impaludisme, une cécité définitive est souvent à craindre, soit d'emblée, soit à la suite de retours offensifs qui aboutissent à l'atrophie de la rétine et du nerf optique. »

Lagrange dit que, de toutes les rétinites albuminuriques, la variété gravidique est celle qui a la moins mauvaise réputation : « La rétinite gravidique a, beaucoup plus souvent que les autres, une terminaison favorable à condition qu'elle soit dépendante de l'état de grossesse et non d'une néphrite antérieure préexistante. »

La part de responsabilité dans les dégâts qui ressortissent à l'une et à l'autre albuminuries est désormais nettement établie. La rétinite gravido-néphrétique comporte un pronostic toujours sérieux *quoad visum* et quelquefois *quoad vitam*. La restauration des fonctions visuelles, toujours imparfaite, exige des soins longs et continus.

La rétinite qui dépend de l'albuminurie gravidique se termine presque toujours par la guérison : les altérations rétiniennes restent susceptibles de régresser, même lorsqu'elles sont prononcées. « Mackenzie, a écrit Panas en 1894, signale des femmes qui, ayant eu

à chaque grossesse de l'amblyopie, n'en ont pas moins recouvré une vision suffisante, sinon parfaite. »

Pendant la grossesse, la réaction de l'organisme au régime lacté peut indiquer quelles sont les tendances de la maladie. Sa disparition, avait déjà dit Scott, est d'un favorable augure, et il ne faut s'attendre à rien de bon, si, en dépit de ce régime, le taux de l'albumine ne baisse pas, et les troubles visuels ne s'atténuent pas dans quelque mesure. On a vu, cependant les troubles de la vue s'intensifier, même après la diminution constatée de l'albumine dans les urines.

Habituellement, après la grossesse, l'albuminurie décroît en même temps que les troubles oculaires s'amendent. « Mais, dit Coudray, si les accidents marchent rapidement, si l'albuminurie persiste malgré la cessation de la grossesse, il y a tout lieu de craindre la persistance de la cécité et l'impuissance de la thérapeutique. »

« Ordinairement, proclame Stevens, l'albumine disparaît de l'urine aussitôt après la fin du travail, et au même moment, ces fonctions reviennent à leur état normal. »

Culbertson est d'avis que l'on doit formuler un pronostic extrêmement grave, quand, la gestation terminée, les cylindres persistent dans l'urine.

Certains auteurs interprétèrent en bonne part la réapparition des règles après l'accouchement.

Culbertson écrit d'une accouchée que son urine contenait des proportions toujours moindres d'albumine à chaque examen et que sa vue allait s'améliorant d'une façon sensible. « A cette même époque, poursuit-

il, ses règles réapparurent et furent suivies d'une amélioration de la vue plus considérable encore. »

A un autre point de vue, Howe disait avoir observé que, lorsque la vue ne commence à être atteinte que dans les deux dernières semaines de la grossesse, la guérison suit presque invariablement. Par contre, les rétinites qui débutent avant le huitième mois ne guérissent pas dans la moitié des cas, plusieurs même ne s'améliorent pas matériellement.

Quant au degré de vision compatible avec les atteintes rétiniennes de la grossesse, nous rapporterons cette formule de Guende, de Marseille : « Qu'il nous suffise de dire que si le retour complet à la vision normale a été observé, il est de règle que l'on doive se contenter, d'une manière générale, d'une acuité visuelle qui, quoique inférieure à l'acuité normale, permette de vaquer aux occupations de la vie courante. »

Quelles atteintes nouvelles, une suivante grossesse peut-elle infliger à la vision déjà éprouvée ?

C'était déjà le souci de Scott en 1875 : « C'est à ce propos, écrivait-il, que se pose une question du plus haut intérêt. Est-ce qu'une femme ayant déjà subi une première atteinte, y sera, de ce fait, plus volontiers sujette, lors d'une grossesse subséquente ?

On ne le crut pas pendant longtemps et l'on croyait qu'une femme ayant eu de l'albuminurie à sa première grossesse en serait complètement débarrassée à la suivante.

Scott croit avoir remarqué que ces états sont plus habituels chez les primipares. « Et nous avons vu, ajoute-t-il, que, chez la primipare, ces circonstances

peuvent se présenter une fois et ne pas réapparaître dans des conditions semblables. »

Williams pensait de même : « Par bonheur, dit-il, le fait de la cécité qui survient pendant une période puerpérale n'implique point la probabilité de son retour chez la malade, quand les mêmes conditions se reproduiront. »

Notre façon moderne d'envisager ces choses diffère notablement de l'ancienne : nous pensons aujourd'hui qu'un organe, une première fois touché, constitue un de ces points faibles de l'organisme, un lieu de moindre résistance. Infériorisé dans ses moyens de défense, fonctionnellement réduit, il sera le point de mire de tous les facteurs de morbidité et d'avance sacrifié. C'est ce qui arrive presque à coup sûr pour l'œil une première fois affecté.

Cette deuxième attaque sera-t-elle plus pernicieuse ? « Presque tous les oculistes, dit Culbertson, sont d'accord sur ce point que le danger pour la vue est grandement accru si la femme devenait enceinte une deuxième fois, ayant souffert d'une rétinite à sa maternité précédente. »

Lagrange n'est pas plus optimiste : « Un œil, dont le nerf optique a souffert dans une première grossesse, risque fort de devenir aveugle dans une grossesse ultérieure. Il y a cependant des exceptions, et l'on a vu la deuxième grossesse se terminer sans complications oculaires chez une femme, qui précédemment, avait été atteinte d'une rétinite gravidique particulièrement grave. » Les cas rapportés par Weber en 1873, Alt

en 1894, Axenfeld en 1895, attestent de la réalité de ces faits.

D'après M. Burnier (*Gazette des Hôpitaux*, 4 février 1911), « la rétinite albuminurique récidive fréquemment au cours des grossesses ultérieures (14 pour 100) et le pronostic en est souvent aggravé d'autant, non constamment cependant ». Il note treize fois une aggravation au cours des récidives ultérieures : aggravations par la cécité pour les unes, par la mort pour les autres. Il est pourtant des exceptions. Et nous rapportons une observation (obs. XIX) où une grossesse ultérieure évolua normalement.

Le pronostic pour l'enfant est très sombre. D'après M. Burnier, « sur 61 observations où l'état de l'enfant est noté, nous trouvons 36 fœtus morts avant l'accouchement et 25 enfants nés vivants ; mais sur ces 25, 13 sont morts les quelques jours suivant la naissance, ce qui fait donc pour le fœtus une mortalité globale de 79 pour 100.

D'après notre statistique personnelle, sur 22 observations (malheureusement les renseignements à ce sujet sont incomplets), nous comptons 8 morts et 2 vivants (mortalité, 36,36 pour 100).

Réunissons, dans un tableau, les résultats donnés par les vingt-deux observations que nous avons colligées dans ce travail, afin de mieux fixer le pronostic :

I. — 1 ^{re} ATTAQUE.	1 ^o Mère .	α) Vue .	Sans intervention	Guérison . . .	8	36,36	0/0
				Amélioration . . .	4	18,18	0/0
			Avec intervention (accouchement provoqué) . . .	Cécité . . .	1	4,5	0/0
		β) Vie .	Sans intervention	Guérison . . .	3	13,6	0/0
				Amélioration . . .	2	9	0/0
			Avec intervention (accouch. prov.)	Cécité . . .	0		
	2 ^o Enfant.	Sans intervention	Sans intervention	Survie . . .	11	50	0/0
				Mort . . .	2	9	0/0
		Avec intervention (accouchement provoqué)	Avec intervention	Survie . . .	6	27,2	0/0
				Mort . . .	1	4,5	0/0

II. — RÉCIDIVE	1 4/5 0/0	Mère. .	Vue : améliorée.
		Enfant .	Vie : morte de néphrite trois mois après.

		Enfant .	Avortement trois mois.
--	--	----------	------------------------

Le pronostic fœtal n'est malheureusement pas complet parce que, dans de nombreuses observations, les auteurs ne donnent aucun renseignement à ce sujet.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement de la rétinite albuminurique gravidique se déduit assez logiquement du chapitre précédent. Son application paraît en devoir être facile et efficace, du moins en théorie, si l'on s'en rapporte aux indications fournies surtout par l'évolution de l'affection.

En pratique, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : chaque cas revêtant une allure spéciale, demande une interprétation particulière, et parfois très délicate, des règles établies.

Il faut bien savoir ce que l'on peut faire pour éviter l'apparition d'une rétinite albuminurique gravidique, ou quand elle s'est déclarée, pour en rendre l'évolution aussi bénigne que possible.

L'exposé du traitement prophylactique est assez simple. Nous savons, en effet, que si une femme a eu des accidents de rétinite albuminurique au cours d'une première grossesse, et si elle souffre périodiquement de troubles oculaires pendant les périodes cataméniales, elle est presque fatalement exposée, dans ces deux cas, à voir ces troubles se renouveler,

s'aggraver même le plus souvent, lors d'une grossesse ultérieure.

Il est évident que le praticien, consulté, devra prévenir la personne qui sollicite son avis, en pareille occurrence, du danger que court sa vision, si elle devient enceinte. Il pourra même aller, s'il le juge prudent, jusqu'à déconseiller nettement la grossesse — au moins pendant quelque temps, et aussi longtemps que la femme aura de l'albumine — et dégager ainsi sa responsabilité au cas où de graves complications oculaires surviendraient, si l'on ne tenait compte de ses avertissements.

Si l'on relève, dans les antécédents pathologiques d'une femme, une néphrite albumineuse, il faudra, après l'avoir prévenue, elle et son entourage, des complications possibles de rétinite albuminurique gravidique, redoubler, si elle devient enceinte, les précautions habituelles en pareil cas. On pourra, suivant les indications, soumettre la malade au régime lacté mitigé ou intégral, dès le début de la grossesse, ou dès que l'albumine apparaîtra. Celle-ci sera épiée et décelée sans retard par un examen méthodique, et souvent répété, des urines.

Quand on se trouve en face du fait accompli, que la rétinite est déclarée, on pourra, selon les cas, adopter une ligne de conduite : les manœuvres obstétricales, le traitement général, le traitement local, auront chacun leurs indications. Mais c'est toujours le plus tôt possible qu'il faudra instituer un traitement.

Le *traitement local*, sans être des plus énergiques, n'est pas dénué de toute efficacité. Il contribuera au

moins à soigner, à soutenir le moral d'une malade alarmée par une constatation angoissante ; et ce n'est pas là considération négligeable. Dans ce but, et pour faire patienter la malade, on pourra lui prescrire des applications de compresse chaudes, des frictions stimulantes périorbitaires, un collyre anodin, surtout psychique. Le séjour dans une pièce peu éclairée, le port de verres teintés, préserveront de l'action trop vive de la lumière, qui fatigue les malades et leur donne une impression de flou. On recommandera la cessation de tout travail appliqué : lecture, couture, etc., ou, au moins, une grande modération de ces occupations journalières. On prescrira avec soin, s'il y a lieu, les verres correcteurs convenables, qui pourront être d'un grand secours ; l'usage de la loupe pourra aussi être conseillé avec utilité.

Ces différentes prescriptions pourront, dans différents cas, avoir un meilleur résultat, une action plus réelle qu'on ne l'espérait tout d'abord.

On a conseillé, et on peut essayer, mais avec ménagement, des soustractions sanguines, au moyen de ventouses scarifiées, de sangsues appliquées à l'apophyse mastoïde ou à la tempe. De Wecker et Landolt estiment que les déplétions sanguines locales sont quelquefois d'un heureux effet dans les cas d'albuminurie grave.

Le *traitement médical général*, plus actif, plus efficace, poursuivra soigneusement un double but :

- 1° Maintenir ou relever l'état de santé général, toujours plus ou moins affaibli par l'état de grossesse ;
- 2° Combattre l'auto-intoxication gravidique, que

nous reconnaissons comme causes aux rétinites albuminuriques gravidiques.

Il faudra veiller avec beaucoup d'attention au bon fonctionnement du tube digestif ; combattre à tout prix la constipation, par des laxatifs répétés, des lavements ; faire de l'antisepsie intestinale, si les circonstances le demandent ; soumettre la femme au régime lacté, ou ne lui permettre que des aliments facilement digérables.

Il faudra aussi s'assurer du fonctionnement régulier des émonctoires, et ici les grands bains tièdes seront d'une réelle utilité.

Les détails de ce traitement sont d'ailleurs très bien exposés par Puyo (th. Paris, 1904), et nous ne pouvons mieux faire que de le citer :

1° Il ne doit pas introduire de substances toxiques dans l'intestin : la malade sera mise au régime lacté, régime merveilleux, préconisé par MM. Jaccoud-Tarnier, pour le traitement de l'éclampsie, et appliqué par M. Pinard à tous les accidents de l'hépatotoxémie.

Le régime lacté offre le triple avantage de rendre l'intestin aseptique, d'empêcher la putréfaction, et d'être diurétique. Si le lait n'est pas supporté, M. Pinard prescrit le képhyr et le koumis.

2° Il doit tacher d'obtenir l'élimination des poisons par tous les émonctoires. L'intestin sera d'abord vidé, au moyen de lavements purgatifs, puis nettoyé par de grands lavages au sérum physiologique. Lorient emploie le lavement huileux suivi d'un grand lavage de l'intestin.

Au régime lacté et aux lavements purgatifs, M. Pinard n'a pas craint d'ajouter l'usage des purgatifs énergiques et même des drastiques, malgré les préjugés qui s'attachent à leur emploi. On peut ainsi prescrire du calomel, de l'eau-de-vie allemande et de l'huile de croton (1 goutte dans 25 grammes d'huile de ricin). Les purgatifs drastiques, même violents, fréquents, n'ont jamais eu sur la grossesse une action nocive quelconque.

On retirera le plus grand bénéfice de l'emploi simultané du sérum artificiel en injections sous-cutanées. Si les accidents toxiques semblent redoutables, il faudra employer le sérum à doses massives (1.000 grammes par jour) procédant ainsi à un véritable « lavage du sang ».

Les bains tièdes sont très utiles. Ils ont l'avantage de faire fonctionner la peau et d'activer la sécrétion urinaire (Bar).

Ce traitement amène une débâcle qui débarrasse l'organisme d'une forte dose de toxines.

Ce régime est susceptible de donner d'excellents résultats dans la rétinite albuminurique gravidique et de fait, les cas de rétinite albuminurique gravidique sont de plus en plus rares, depuis que les femmes enceintes sont l'objet de soins méthodiques et raisonnés.

Il est évident qu'il faut instituer ce régime le plus tôt possible, lors de l'apparition des premiers symptômes, si l'on assiste au début de l'affection ; en pleine évolution, si l'on voit alors seulement la malade pour la première fois ; et même à titre préventif, au cas où

la femme a déjà souffert pendant une grossesse antérieure. On a ainsi toutes les chances pour soi d'enrayer l'affection dans sa marche, de maintenir ou même de relever l'acuité visuelle de la femme.

Si le traitement médical n'agit pas, ou si, pour une raison quelconque, son application se trouve être contre-indiquée ou mal supportée, et que la vue ou la vie de la mère soient manifestement en danger, il y a lieu alors de songer aux interventions obstétricales : et c'est là bien souvent une question des plus délicates.

Ce qui nous frappe le plus dans l'affection qui nous occupe, c'est cette amélioration subite, cette guérison souvent très rapide après l'accouchement, qu'il soit prématuré ou à terme. De là à le provoquer artificiellement, il n'y avait qu'un pas.

C'est surtout en Amérique que l'opération a été préconisée et pratiquée.

En 1883, Loring recommande l'accouchement prématuré dans les cas de rétinite albuminurique qui accompagnent la grossesse.

En 1885, Howe va plus loin encore et ne craint point de plaider en faveur de l'avortement. Il se base sur les considérations suivantes : lorsque la rétinite albuminurique se développe à la fin de la grossesse, les malades recouvrent ordinairement la vue spontanément, mais lorsqu'elle apparaît vers le sixième ou le septième mois, la terminaison est presque toujours la cécité, souvent la mort de la mère. Lorsque l'albumine apparaît encore plus tôt, la vie de l'enfant est également en danger, et dans ce cas surtout, si la quantité

d'albumine est considérable, on doit avoir recours à l'avortement.

En 1891, Franck van Fleet propose « dans les cas d'amaurose d'origine rénale, avec ou sans lésions visibles à l'ophtalmoscope, l'accouchement prématuré sans attendre que la vue ou la vie de la femme soient en danger ».

En Allemagne, Silex estime que « l'interruption de la grossesse est tout indiquée et pressante quand on trouve à l'ophtalmoscope des lésions évidentes de rétinite albuminurique, que les vaisseaux de la rétine sont malades ; car dans ces cas, la cessation de la vue est durable ».

Winckel trouve « que si la néphrite et sa rétinite évoluent malgré le traitement, la grossesse doit être interrompue n'importe quand pour le salut de la mère. La justification en vient de ce que l'aveuglement permanent est à redouter lorsque dans une grossesse précédente, il y a déjà eu rétinite ».

En 1899, Axenfeld est d'avis que l'interruption de la grossesse n'est absolument indiquée que lorsque la vision est descendue au-dessous du sixième de la normale. Selon l'auteur, on aurait encore tort d'empêcher une nouvelle conception, après une première attaque de rétinite albuminurique gravidique, puisque sa propre expérience lui a prouvé que cette maladie ne récidive pas forcément pendant une nouvelle grossesse.

D'après Clap (1902) le pronostic de la rétinite albuminurique est favorable si la première attaque a lieu après six mois de la gravidité ; il est moins bon si la maladie récidive aux gravidités ultérieures. Dans les

premiers six mois de la gravidité, l'auteur conseille l'accouchement prématuré si la rétinite est hémorragique ou progresse malgré le traitement; plus tard, il vaut mieux attendre et surveiller.

En 1908, Germane cite un cas de rétinite albuminurique gravidique où une intervention de la part d'un médecin aurait sans doute sauvé la vue, mais comme les indications oculaires ne sont pas des indications *quoad vitam*, la malade n'a pas subi le traitement nécessaire. L'auteur affirme que dans un certain nombre de cas il existe une indication *quoad visum* pour produire un accouchement avant terme et que cette question doit être décidée par les oculistes et les accoucheurs.

« La constatation de rétinite albuminurique, écrit Berger, peut obliger le praticien à faire l'accouchement prématuré artificiel, qui rétablira, à bref délai, la vue perdue. »

Si la rétinite fait son apparition dans les premiers mois, Morax conseille l'avortement; dans les deux derniers mois, il base l'intervention sur l'intensité des troubles visuels : « S'il y a albuminurie avec rétinite, l'accouchement provoqué sera souvent nécessaire, même si les troubles visuels sont si accusés que l'on puisse craindre une cécité complète; on a vu des améliorations considérables après l'expulsion. »

En 1888, le professeur Pinard faisait, en quelques lignes, l'exposé de la conduite à tenir en pareil cas : « Quand, chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue), et que, sous l'influence du régime lacté absolu, continué

pendant huit jours au moins, l'albumine ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse. »

Dans le cas publié par le professeur de Lapersonne au Congrès de 1888 (obs. V), l'accouchement prématuré artificiel fut suivi d'une guérison très rapide de la rétinite.

Devons-nous déduire de là que l'on est toujours autorisé, dans tous les cas où la vue de la mère paraît en danger, à interrompre la grossesse? Nous ne le pensons pas.

L'évacuation de l'utérus, en effet, n'est pas toujours suivie d'amélioration des troubles visuels (obs. VIII). Silex, Winckel sont d'avis qu'on peut attendre s'il n'y a pas de complication imminente, de lésions graves des vaisseaux.

« Les inconvénients de l'accouchement provoqué, écrit Bastide (th., p. 50), sont les suivants : il ne garantit pas sûrement de la cécité, ce qui devrait être sa première indication... »

Dans trois cas que nous rapportons (I, IX, XVII), l'accouchement prématuré, ni l'avortement n'apportèrent d'amélioration à l'état de la malade.

Il faudra donc être très circonspect et s'entourer de tous renseignements utiles avant de décider l'interruption d'une grossesse. On ne sera, d'ailleurs, jamais obligé d'agir du jour au lendemain ; et la meilleure façon de combattre immédiatement les troubles oculaires sera d'instituer, le plus tôt possible, le traitement général que nous exposons plus haut. Le régime

lacté exclusif, surtout au titre d'antitoxique, les dérivatifs énergiques seront de très précieux auxiliaires dans les cas de rétinite albuminurique. On pourra ainsi parvenir, sinon à faire rétrograder le mal, du moins à le rendre stationnaire, de façon à pouvoir attendre l'accouchement. Bastide (th., p. 51), cite à ce sujet plusieurs observations très concluantes : 4 enfants sur 5 naquirent vivants, la vue s'améliora dans 3 cas, même avant l'accouchement, et revint à la normale dans les 5 cas.

Dans les cas, très rares, où les troubles visuels se manifestent dans les premiers mois de la grossesse, on pourra du moins, à l'aide de ce traitement judicieusement conduit, attendre le moment où l'accouchement artificiel donnera toutes chances de mettre au monde un enfant vivant. Dans les cas où l'avortement a dû être pratiqué, n'avait-on pas précisément négligé d'abord et de bonne heure un traitement général sévère ?

Il faut aussi se rappeler que des troubles fonctionnels alarmants ne traduisent pas toujours d'inquiétantes lésions du fond d'œil, et encore que des lésions de fond d'œil graves, ou paraissant telles, sont parfois compatibles avec un rétablissement intégral ou très suffisant de la vision après l'accouchement.

La rétinite albuminurique apparaît presque toujours dans les derniers mois de la grossesse (Mackenzie, Berger, Morax, Winckel, Galezowski, etc.). Si elle évolue (après institution du traitement général, bien entendu) sans phénomènes locaux ou généraux graves, il y a lieu d'attendre l'accouchement naturel. On n'a

pas vu, en pareil cas, s'ensuivre de cécité complète (Bastide, th., p. 48).

Le professeur Eustache disait que, dans les trois rares cas de rétinite albuminurique qu'il rencontra pendant trente années de pratique, il a tenu à ne pas faire d'intervention obstétricale avant le commencement du neuvième mois. Il a eu un mort-né et deux enfants qui ont vécu, et la vue a été récupérée chaque fois en moins de soixante jours.

Il faudra évidemment ne pas se départir d'une constante observation, au cas où l'accouchement prématuré artificiel viendrait à s'imposer. Des craintes justifiées pour la vision, pour l'état général peuvent, en effet, le commander d'un moment à l'autre, à plus forte raison si la rétinite est grave d'emblée.

Si l'on se trouve en présence d'une femme qui a déjà eu, au cours de grossesses antérieures, des phénomènes de rétinite albuminurique ayant abaissé la vision, il ne faudra pas — après avoir toujours prescrit un régime et un traitement général des plus sévères — hésiter, si les circonstances l'exigent, à proposer l'accouchement prématuré artificiel. Il faut également exposer à la femme les dangers qu'elle court en devenant enceinte une deuxième fois. Assurément, il est des cas où ni la rétinite, ni la lésion rénale ne se reproduisent à la grossesse suivante (obs. XIII et XIX); cependant, dit M. Burnier, « dans 16 pour 100 des cas, l'aggravation visuelle est très marquée et la mort peut survenir. Sans aller, comme le conseille Snell, jusqu'à pratiquer la castration dans ces cas, il est préférable d'interrompre la grossesse d'une façon précoce chez

toute femme ayant présenté des lésions de rétinite à une grossesse antérieure. »

Au cas de mort du fœtus *in utero*, certains auteurs pensent — et c'est le cas dans une observation de Bastide (th., p. 54) — qu'il ne sera pas toujours nécessaire de provoquer l'accouchement et que les phénomènes de rétinite s'amenderont souvent à partir de la mort du produit de conception.

C'est aussi l'avis de Coudray (th., p. 89) : « L'enfant est mort : il ne faut pas provoquer l'accouchement ; c'est là une règle capitale. En effet, après la cessation de la vie du fœtus, on voit les symptômes d'auto-intoxication s'atténuer graduellement et l'albumine disparaître peu à peu. »

Il est cependant des cas où la mort du fœtus *in utero* n'apporte aucune amélioration aux phénomènes oculaires, et dans lesquels on est obligé d'interrompre la grossesse (obs. IV, XX).

Dans les cas d'intoxication urémique, la saignée peut produire une amélioration manifeste.

Sichel pensait que « presque toujours, les amauroses de la parturition présentent le caractère d'une congestion cérébrale, et le traitement antiphlogistique, dérivatif, réussit s'il est fait assez tôt... ».

Quand la rétinite succède à une hémorragie grave de l'accouchement, la position déclive de la tête, la révulsion, les injections de sérum rendront de précieux services. A Terson revient le mérite d'avoir préconisé une abondante injection de sérum artificiel surtout dans les cas foudroyants, dès le début de l'obnubilation ; elle contribuera à remonter la pression tout en

faisant un lavage du sang, à prévenir l'apparition des symptômes d'auto-intoxication.

En tout état de cause, il importe d'abréger la durée de l'accouchement, de veiller à éviter les hémorragies abondantes, d'observer la plus rigoureuse antisepsie dans le but d'écarter les moindres causes d'infection sur l'action de laquelle le professeur de Lapersonne a attiré l'attention.

Nous pouvons formuler ainsi les règles de conduite auxquelles peut conduire la constatation de la rétinite albuminurique gravidique. Cette constatation, faite dans les six premiers mois, amène tous les auteurs à conseiller l'interruption de la grossesse. L'enfant a peu de chances d'aller à terme, la vue de la mère est sérieusement menacée et l'affection rénale s'est certainement aggravée.

Dans tous les cas où l'on peut soupçonner la forme gravidico-néphrétique, on fera l'accouchement prématuré dans l'espérance qu'il pourra améliorer le pronostic général et le pronostic rétinien.

Dans la rétinite albuminurique gravidique pure, deux conduites peuvent être tenues. Dans les formes sévères, on pensera à faire l'accouchement prématuré pour éviter les troubles visuels qui pourraient persister ultérieurement, attendu que la cécité pourra survenir dans un quart des cas. Dans la forme discrète, on pourra temporiser sans inconvénient, car, dans ces cas, dit M. Burnier, « le rôle du médecin est de conserver la vie même naissante, et non de la troquer contre un avantage, peut-être illusoire, pour l'acuité visuelle de la mère ».

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Th. Lécorché, p. 53. Rétinite albuminurique gravidique.
Guérison.)

N..., trente-six ans, grande et forte femme, n'a jamais été malade. Devenue enceinte, en 1857, elle vit au bout de quelques mois ses membres inférieurs augmenter de volume; puis survint de l'ascite. L'examen de l'urine y fit découvrir de l'albumine. Pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, l'œdème augmenta, envahit la figure, la paroi abdominale, les grandes lèvres. A trois reprises, la malade eut des accès de dyspnée tels que l'on mit en question l'accouchement prématuré.

Vers la fin de décembre, cette femme fut prise d'épistaxis; la vue baissa subitement, mais l'albumine n'augmenta pas dans l'urine. La vision devint douloureuse au grand jour, la malade ne voyant bien que le soir. Elle accoucha en janvier, à sept mois et demi, sans attaques d'éclampsie. Son état ne s'améliora pas; elle avait une céphalalgie presque continuelle, un abaissement très marqué de l'intelligence et une diminution de la motilité des membres inférieurs. L'albumine était toujours aussi abondante dans l'urine.

Vers le 15 avril, l'état de la malade restait toujours à peu près le même. Les jambes et la face étaient œdéma-

tiées. Les épistaxis n'avaient pas reparu, mais la malade éprouvait de fréquentes hémorragies utérines qui coïncidaient toujours avec une diminution plus considérable de la vision. L'urine était toujours très albumineuse. La malade supportait difficilement la lumière; elle ne reconnaissait plus les couleurs, confondait le vert et le bleu, le jaune et le brun, le rouge et le noir.

Les pupilles étaient dilatées, peu contractiles; les milieux transparents intacts.

A l'examen ophtalmoscopique, fait par M. Delgarde, chef de clinique de M. Desmarres, on ne rencontra point d'ecchymoses, ni de dégénérescence graisseuse, mais bien un œdème rétinien et sous-rétinien très prononcé; il était surtout marqué vers la papille qu'il entourait presque complètement. Les phosphènes étaient peu marqués, le champ périphérique de la rétine très limitée.

OBSERVATION II

(Th. de Bousseau, p. 43. Rétinite albuminurique gravidique.
Guérison.)

Marie X..., vingt-deux ans, fileuse, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 27 janvier 1862. A eu, en 1860, des accidents syphilitiques du côté de la gorge.

Au commencement de janvier, elle eut de l'œdème des extrémités inférieures qui l'empêcha de marcher; elle était alors enceinte de huit mois au plus.

Depuis huit jours, l'œdème a envahi la figure; la vue s'est troublée, un léger brouillard lui voile les objets. A son entrée, la face est pâle, bouffie; le pouls imperceptible. Etourdissements, tintements d'oreilles, vue très confuse, très grande faiblesse.

Examen ophtalmoscopique. — Teinte du fond de l'œil plus pâle qu'à l'état normal. Papille hyperémiee, jaune rougeâtre, se confond avec la teinte de la choroïde. Veines peu volumineuses. Artères très pâles et comme vides de

sang ; elles apparaissent comme de petits rubans un peu plus brillants que le fond sur lequel elles reposent, mais à peine plus colorées. Il semble qu'on ne distingue que leurs parois.

Urines fortement albumineuses.

La vue est presque complètement abolie, le lendemain 28. La malade distingue à peine la flamme d'une bougie.

30 janvier. — Elle accouche, à 10 heures du matin, sans convulsions.

1^{er} février. — La vue s'améliore.

3 février. — Les urines ne contiennent plus d'albumine, l'œdème a disparu presque complètement.

6 février. — La malade entrevoit les objets et compte les doigts.

Examen ophtalmoscopique. — OEil droit. Papille de couleur foncée, à peu près celle de la rouille ; entourée d'une zone blanche et irrégulière, plus prononcée en dedans et en bas. On ne peut guère distinguer de vaisseaux à sa surface ; les veines, assez volumineuses, se terminent brusquement à son pourtour, où elles semblent oblitérées par des caillots. Les artères sont filiformes ; à une certaine distance de la papille, on voit plusieurs taches blanches, brillantes, isolées les unes des autres, nettement circonscrites et se rapprochant des vaisseaux ; elles existent surtout en dedans et en haut. Pas de taches ecchymotiques.

OEil gauche. Même hyperémie de la papille ; cependant on peut suivre presque tous les vaisseaux de la rétine, à sa surface et jusqu'à leur point d'émergence, mais plusieurs paraissent vides de sang. Les deux branches supérieures de la veine s'arrêtent brusquement au pourtour de la papille où elles sont évidemment oblitérées par des caillots. On peut suivre leurs parois à la surface de la papille jusqu'au centre à peu près, mais dans cette portion sus-papillaire, elles ne renferment pas de sang et ont une certaine transparence. Les artères sont filiformes. Des taches brillantes sont disséminées au côté interne de la papille, à une petite

distance ; celle-ci est en outre entourée d'un cercle blanchâtre, incomplet et irrégulier, plus prononcé en bas. Absence d'hémorragies dans l'un et l'autre œil.

11 février. — La malade est en bonne santé ; la vue s'est améliorée ; elle lit le n° 20 de Jaeger ; elle ne peut reconnaître que quelques lettres du n° 19.

15 février. — La papille est moins hyperémiée, les taches moins nettes ; la circulation paraît se rétablir dans les veines. Elle lit le n° 17 de Jaeger.

OBSERVATION III

(Th. de Bousseau, p. 26. Rétinite albuminurique gravidique.
Guérison.)

Marguerite X..., vingt-deux ans, est prise d'attaques d'éclampsie dans le neuvième mois de sa grossesse. Dans les cinq jours qui ont précédé son accouchement, elle perdit complètement connaissance et ne revint à elle qu'après l'accouchement. Deux jours après, le 1^{er} janvier 1868, cette femme ayant repris l'usage de ses facultés, se plaint de ne plus voir ; elle ne reconnaît pas les personnes qui l'approchent et ne distingue les lits voisins que d'une manière confuse.

Examen ophtalmoscopique. — Congestion énorme de la choroïde et de la rétine. Papille d'un rouge uniforme, œdémateuse ; ses bords sont voilés par la sérosité ; les parties voisines, jusqu'à la tache jaune, sont infiltrées d'une matière louche, opalescente.

Les urines, au moment des attaques d'éclampsie, donnaient un dépôt abondant d'albumine : elles n'en renferment plus qu'une petite quantité.

8 janvier. — Plus d'albumine, la vision est meilleure.

16 janvier. — La malade peut se conduire ; mais elle ne peut encore ni lire, ni coudre.

18 janvier. — La rétine a repris à peu près sa transparence.

Dans les premiers jours de février, j'ai l'occasion de revoir cette femme. Je constate une disparition complète de l'infiltration; elle a repris ses occupations habituelles.

OBSERVATION IV

(Thèse de Coudray, Paris, 1899. Obs. de Chronis, 1876.)

O..., trente-neuf ans, à partir du sixième mois de sa grossesse, vomissements et étourdissements, puis céphalalgie frontale et chute brusque dans la rue. Plusieurs attaques dans la journée; on trouve de l'albumine dans les urines.

Quelques jours plus tard, la céphalée disparaît, mais les troubles de la vue apparaissent et augmentent rapidement.

13 mars. — Quinze jours après son entrée, accouchement d'un enfant mort et macéré. A l'examen ophtalmoscopique, nous constatons des taches hémorragiques en foyers disséminés, ainsi que des taches blanchâtres de diverses formes apparaissant sur la rétine. L'accouchement n'améliore pas la situation, comme nous aurions pu l'espérer. C'est donc une forme grave de la rétinite albuminurique.

OBSERVATION V

(De Lapersonne, Rétinite albuminurique gravidique. — Guérison. *Société française d'ophtalmologie*, 9 mai 1888.)

Le professeur de Lapersonne rapporte le cas suivant :

Il s'agissait d'une femme qui, au sixième mois d'une grossesse presque normale, avait présenté brusquement tous les signes d'une rétinite albuminurique des plus graves. En quelques jours, la vision était complètement abolie, à ce point que la malade ne voyait plus pour se conduire. On avait pu suivre, pour ainsi dire, à vue d'œil, les progrès de cette rétinite. Dans l'espace de moins de huit jours, la papille était devenue œdémateuse et les vais-

seaux tortueux ; les taches hémorragiques et les exsudats couvraient une grande partie de la rétine. En même temps, il survenait des phénomènes généraux graves : céphalée intense, embarras de la parole qui faisaient craindre, d'un moment à l'autre, l'apparition de l'encéphalopathie urémique. Dans ces conditions, il fallait intervenir le plus tôt possible.

L'accouchement artificiel fut pratiqué et eut pour résultat de faire disparaître complètement les menaces d'urémie. La quantité d'albumine, qui était de 16 à 20 grammes en vingt-quatre heures, tomba presque aussitôt à 2 grammes. Mais le fait le plus remarquable, c'est la guérison de la névro-rétinite, qui fut aussi très rapide.

L'œdème papillaire a complètement disparu et le nerf optique a repris sa coloration normale sans aucune tendance à l'atrophie.

Les taches hémorragiques et les exsudats rétinien se sont résorbés et il ne reste plus que quelques plaques atrophiques, un peu de bouleversement de la couche pigmentaire qui marquent la trace de la rétinite. L'acuité visuelle = 1 et le champ visuel est normal.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Dehenne, *Société française d'ophtalmologie*, 9 mai 1888.)

Dans la même séance, Dehenne cite un cas analogue.

Une rétinite albuminurique chez une femme enceinte de sept mois.

L'accouchement artificiel fut provoqué ; l'enfant vécut et la mère guérit de sa cécité en quelques jours. Les lésions de la rétine se résorbèrent avec une grande rapidité.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Th. de Fauconnier, Paris, 1907. Obs. de Hobby, 1894.)

Hobby, en 1894, rapporte l'observation d'une femme

enceinte affectée de rétinite albuminurique et qui, malgré son insistance, refusa l'intervention ; elle mourut dans une crise convulsive en accouchant d'un enfant mort.

OBSERVATION VIII

(Rétinite albuminurique gravidique. — Eclampsie. — Accouchement prématuré. — Mort. Th. Monthus.)

Aud..., âgée de trente ans, primipare, ménagère, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu (annexe), le 3 août 1899.

Au point de vue de ses antécédents, sa mère est morte en couches. Réglée à seize ans régulièrement.

En 1893, une fièvre muqueuse (?) ; elle reste malade pendant deux mois, ne gardant le lit que par intervalles. Depuis l'âge de quatorze ans, elle a eu des céphalées fréquentes qui ont disparu depuis sept ou huit ans. Elle a été soignée depuis plusieurs années pour anémie (quinquina, fer). Elle urinait souvent, se relevant fréquemment dans la nuit. Aucun symptôme de petit brightisme.

Elle a eu ses dernières règles dans les premiers jours d'octobre (très affirmative, elle est très bien réglée). Elle est donc à terme.

Depuis qu'elle est enceinte, les symptômes suivants se sont produits :

1° Mictions moins fréquentes, « beaucoup moins fréquentes », dit la malade : elle n'éprouvait même plus le besoin de se lever une seule fois la nuit, alors qu'elle se levait six ou sept fois avant d'être enceinte. A un moment, la miction a été douloureuse. La quantité d'urine a beaucoup diminué. La malade n'a jamais remarqué de modifications d'odeur ni de couleur ; pas de dépôts. Elles n'ont été examinées qu'une fois (huit jours), avant l'entrée dans le service et ont alors été trouvées fortement albumineuses.

2° Œdème des chevilles dès le mois de juin, surtout marqué le soir ; les plis du bas et les endroits où la chaussure appuie fortement laissent une empreinte. L'œdème

disparaît le matin au réveil. A un moment, l'œdème a été considérable aux membres inférieurs.

3° Epistaxis abondante, sans cause, le soir du 1^{er} juillet, huit jours avant le début des troubles oculaires.

4° Troubles oculaires qui débutent vers le 10 juillet, brusquement, au cours d'un orage; la malade, qui était en train de coudre, s'aperçoit que sa vue se trouble; elle met cela sur le compte de l'orage; mais les jours suivants, la vue reste trouble; la malade continue à coudre de deux à trois heures par jour, mais elle distingue difficilement son aiguille et est devenue incapable de l'enfiler.

Au bout de huit jours (vers le 18 juillet) la malade ne peut plus coudre du tout; chaque jour sa vue baisse davantage, elle ne se guide que difficilement dans son appartement. Aucun traitement. Parfois, des éclairs, des flammèches passent devant ses yeux.

Ce n'est que le 25 juillet, c'est-à-dire quinze jours après le début des accidents oculaires, qu'on conduit la malade aux Quinze-Vingts où on est obligé de la mener par la main. Après examen, on lui dit qu'elle a des lésions oculaires dues à l'albuminurie. On lui conseille de faire examiner ses urines. On lui prescrit le régime lacté exclusif.

28 juillet. — Pour la première fois, ses urines sont examinées par un médecin qui y trouve une forte dose d'albumine et conseille à la malade d'entrer à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Pas de vomissement, pas de doigt mort, pas de cryesthésie, pas de secousses musculaires, pas de troubles auditifs, ni olfactifs, ni gustatifs, pas de céphalée.

Etat actuel. — Œdème peu marqué des chevilles. Légère hydarthrose dans les deux genoux. Pouls petit, dur, forte tension artérielle; on écrase difficilement la radiale.

Au cœur, bruit de galop. Rien aux poumons. Ventre très volumineux. Voussure épigastrique marquée. Œdème de la paroi au niveau de l'hypogastre et du mont de Vénus

Ascite assez considérable. Au niveau de l'épigastre, sonorité tympanique ; le foie semble gros.

L'utérus a son bas-fond au niveau de l'ombilic ; il est impossible de rien distinguer de l'attitude fœtale par la palpation. Bruits du cœur faibles, lointains, mouvements actifs.

8 août 1899. — Nous pratiquons l'examen oculaire avec le Dr Rochon-Duvigneaud.

Les pupilles sont égales, plus larges que normalement, et réagissent incomplètement à la lumière.

La malade distingue tout au plus les mouvements de la main promenée devant l'œil. Elle prétend voir mieux de l'œil gauche.

Les lésions du fond de l'œil sont très analogues comme intensité, cependant un peu plus marquées à droite.

Les papilles sont œdémateuses, pâles, à contour disparu.

Les vaisseaux (veines surtout) sont excessivement tortueux.

La zone péripapillaire est occupée par de larges taches blanchâtres parsemées çà et là d'hémorragies.

Les deux régions maculaires sont gonflées, soulevées (petit décollement local), boursoufflées ; quelques hémorragies.

Cet état symétrique des deux régions maculaires explique la diminution énorme de la vision dans ce cas.

La malade accouche sans incident, le 9 août, d'un garçon (poids, 700 grammes, longueur, 29 centimètres), qui ne vit que quelques heures.

Tout marche normalement ; mais dans la nuit du 10 au 11 août, la malade est agitée ; elle a des cauchemars ; on lui administre 2 grammes de chloral. A 2 heures du matin, elle présente un accès éclamptique qui dure quelques secondes. La malade revient complètement à elle en quelques instants. On lui administre 4 grammes de chloral en lavement, puis 2 grammes par la bouche.

11 août. — Au matin, la parole est un peu saccadée, les

idées se succèdent avec rapidité, mais la malade répond très clairement et très intelligemment aux questions qu'on lui pose. Elle ne se plaint de rien. T. = 36°8. Pouls = 75.

Aucun incident dans la journée. Purgatif : 2 grammes de chloral.

12 août. — La vision est complètement abolie depuis l'accès ; la malade est dans une nuit permanente. 2 grammes de chloral. Purgatif. Les œdèmes et l'ascite ont un peu augmenté.

13 août. — Il y a seulement un peu d'excitation cérébrale. Parole rapide et saccadée, mais idées absolument claires. T. = 37°9. Le pouls s'accélère, 80 le matin, 100 le soir. 2 grammes de chloral.

Dans la nuit, du 13 au 14, délire et agitation ; la malade dit apercevoir une lueur de son œil gauche.

14 août. — Au matin quelques vomissements. La température monte rapidement à 40°6. Le pouls, petit, monte à 132. Cependant, la malade est en pleine connaissance, elle répond d'une façon absolument lucide.

Vers 10 heures du matin, la malade tombe brusquement dans le coma. Respiration stertoreuse. Quelques vomissements. Mort à 11 heures.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IX (*Résumée*)

(Meyer, *Zeitschrift für Augenh.*, 1899.)

M..., vingt-huit ans. Vers le quatrième mois de sa grossesse, elle perd la vue presque complètement en quelques jours.

Rétinite albuminurique intense. L'examen des urines fait diagnostiquer une néphrite chronique exacerbée par la gestation. On décida l'avortement : il s'accompagna d'accès d'amaurose urémique.

Après six semaines, il persistait 1 à 2 pour 100 d'albumine, mais la vue ne se releva guère.

OBSERVATION X

(Rétinite albuminurique gravidique. — Guérison.
Th. Monthus.)

Mme E..., dame mexicaine, âgée de vingt-six ans, soignée de concert avec le professeur Potain et M. Ribemont-Dessaignes, devient enceinte et albumineuse.

Comme elle ne supportait pas le régime lacté approprié, et son état allant en s'aggravant, on procéda à l'accouchement prématuré vers le huitième mois. L'enfant, né vivant, n'a pas survécu. Alors que l'accouchée gardait le lit, elle est prise d'une double phlegmatia alba dolens, suivie bientôt d'une double amblyopie, qui ne tarde pas à constituer une amaurose bilatérale totale ne permettant pas à la malade de distinguer le jour de la nuit. C'est alors que mes collègues ont bien voulu m'appeler auprès de la malade, et je constatai une double rétinite albuminurique typique, avec saillie de la papille, dont les bords étaient indistincts : les vaisseaux centraux sont entrecoupés ; on distingue des stries blanches et apoplectiques, fines et radiées, autour du disque optique, et, au niveau de la région maculaire, la constellation blanche radiée caractéristique. Vu l'impossibilité pour la malade de se résigner au régime lacté, on lui administre de la lactose, et comme aliments, des potages et des crèmes qu'elle accepte.

Pas de traitement oculaire à proprement parler, sauf des ventouses scarifiées à la nuque, et la recommandation de se tenir dans une pièce obscure.

Me fiant au pronostic habituellement favorable de la rétinite albuminurique gravidique, j'ai fait espérer, bien qu'ayant ici affaire à une forme des plus rares, post-gravidique, ayant évolué après une parturition prématurée qui passe précisément pour l'intervention qui met un terme à une rétinite gravidique existante. Ce qui pouvait faire songer à une aggravation du pronostic, c'était la coexis-

tence d'un état général des plus mauvais. Le résultat a donné raison à mon optimisme ; car la malade, au bout de trois semaines, a commencé à apercevoir la clarté de la lumière ; bientôt après, à distinguer et compter les doigts ; et finalement, au bout de trois mois, elle a récupéré entièrement la vision avec restitution totale de l'acuité visuelle des deux yeux. Cependant l'état général était amélioré, les thromboses veineuses avaient cédé, et la malade avait retrouvé les attributs de la santé, ne conservant même pas d'œdème dans les membres inférieurs.

Un an plus tard, j'ai eu le plaisir de recevoir la visite de ma patiente dans mon cabinet de consultation, et de constater que la malade avait oublié jusqu'au souvenir de sa cécité complète et bilatérale, et qu'elle pouvait lire, écrire et travailler aussi longtemps qu'elle voulait sans éprouver ni gêne, ni fatigue. Malgré cela l'ophtalmoscope me démontrait que, si la rétine avait retrouvé son aspect absolument normal, les papilles restaient lavées et blanches comme des papilles nettement atrophiques, cela sans la moindre saillie, ni excavation. Les vaisseaux centraux, aussi bien les artères que les veines, avaient leur calibre normal, et n'étaient bordés d'aucun liséré blanc le long de leur trajet, preuve qu'il n'y a eu ni périartérite ni périphlébite rétinienne.

Il y a, depuis cette constatation, actuellement près de douze années écoulées, et Mme E. a repris toutes ses habitudes mondaines et ses voyages, non sans excès, et rien n'est venu entraver sa guérison au point de vue de sa rétinite albuminurique.

OBSERVATION XI

(*Revue d'ophtalmologie*, 1900, Meyer, p. 29.)

Chez une femme de vingt-huit ans, très anémique, d'apparence cachectique et, au quatrième mois d'une grossesse, Meyer a observé une rétinite albuminurique typique des deux yeux avec diminution de l'acuité visuelle à $1/30$

et 1/10. L'état ne s'améliorant pas, l'accouchement prématuré fut provoqué. Cinq jours après, il y avait déjà amélioration notable des lésions du fond de l'œil; la vue, par contre, resta profondément troublée, permettant seulement à la malade de reconnaître les mouvements de la main.

OBSERVATION XII

(*Revue d'ophtalmologie*, 1900, Puig-Ametler, p. 335.)

Femme de trente huit ans, VIII^e pare, entrée à la Clinique en crise aiguë d'éclampsie : seize crises en moins de vingt-quatre heures. Elle demeura dans le coma pendant deux jours, et, dès sa cessation, la vision était diminuée au point d'être simplement quantitative.

A l'examen ophtalmoscopique, on constata facilement tous les caractères de la rétinite albuminurique classique. Les deux rétines étaient également lésées et le siège de nombreuses taches hémorragiques. Cependant, peu à peu la vue revenait à mesure que l'albumine, d'abord très abondante, baissait sensiblement dans les urines. Une semaine après, la malade distinguait les objets et les couleurs et, quinze jour environ après le début des accidents, la vision était redevenue normale.

A l'examen ophtalmoscopique on constate la disparition des tâches brunâtres, la diminution des plaques blanchâtres et la netteté de la papille.

OBSERVATION XIII

(*Revue d'ophtalmologie*, 1900, Tedenat, p. 335.)

Malade de vingt-cinq ans, accouche sans phénomènes d'éclampsie. Elle présentait un anasarque généralisé et elle était devenue brusquement aveugle. L'examen ophtalmoscopique révéla une rétinite albuminurique intense : il y avait même du sang dans le corps vitré. Les frictions sèches, l'iodure de potassium, le régime lacté amenèrent vite une

amélioration et, quelque temps après, elle recouvrait la vision. Cette malade a eu, depuis, cinq ou six enfants sans albuminurie ni éclampsie.

OBSERVATION XIV

(Rétinite albuminurique gravidique discrète. — Guérison.

Th. Monthus, p. 22.)

Marg. Drech..., femme de ménage, entre à l'Hôtel-Dieu annexe), le 11 décembre 1901.

Antécédents : rhumatismes à neuf et vingt ans.

Primipare, grossesse de huit mois.

Présence d'albumine dans l'urine.

A 6 heures du soir, attaques d'éclampsie durant deux ou trois minutes non suivies de coma ; chloroformisation pendant une heure et demie. Extraction à l'aide du forceps ; extraction simple du placenta, 4 grammes de chloral.

4 décembre. — La malade s'était plainte de brouillards devant les yeux.

L'examen ophtalmoscopique donne les résultats suivants :

Légers troubles des papilles, quelques hémorragies mais très petites, disséminées autour des régions papillaires ;

Pas de constellations maculaires, ni de taches exsudatives.

OBSERVATION XV

(Rétinite albuminurique discrète. — Guérison.

Th. Monthus, p. 22.)

Delphine L..., vingt-neuf ans, infirmière, primipare entre, le 13 février 1902, à l'Hôtel-Dieu (annexe). Le 15 février, expulsion d'un œuf complet du poids de 470 grammes.

Présence d'albumine dans l'urine.

La malade accusant une diminution de vision surtout

pour la lecture, nous pratiquons un examen ophtalmoscopique. L'œil gauche ne présente rien de particulier ; myopie légère. L'œil droit nous montre, outre la présence d'un léger croissant myopique, l'existence de deux taches exsudatives siégeant à un diamètre papillaire et demi environ de la papille. L'aspect flou de la papille est très évident. Pas d'hémorragies.

Nous portons le diagnostic de rétinite albuminurique gravidique discrète avec pronostic bénin.

23 février. — Les taches constatées au premier examen n'existent plus, mais on rencontre quelques petites taches brillantes au voisinage de la papille.

La malade ne se plaint plus de la vue : ses brouillards sont dissipés ; l'aspect de la papille est à peu près normal.

28 février. — Il n'existe plus trace de lésions rétiniennes.

OBSERVATION XVI

Rétinite albuminurique gravidique. — Guérison. Th. Pley, p. 89.)

M^{me} D... trente-trois ans, vient consulter, le 15 avril 1905, à la clinique du D^r Galezowski.

Au cours de sa première grossesse, elle a eu de l'albumine. L'apparition de l'éclampsie a nécessité l'accouchement prématuré artificiel à sept mois (avril 1904). A ce moment, elle a eu de très violents maux de tête ; pendant deux mois, on lui a laissé de la glace sur la tête. De plus, les membres étaient douloureux au toucher. Quinze jours après les attaques d'éclampsie, elle a eu des convulsions des globes oculaires. On ne savait pas si elle voyait ou non. Tantôt elle disait reconnaître les personnes de son entourage, tantôt elle disait ne pas les voir ; à ce moment, il y avait du délire. A l'examen des urines, on trouva de l'albumine, mais pas en grande quantité.

Le lendemain de l'accouchement, elle ne voyait plus du tout. Elle ne percevait pas la lueur d'une bougie qu'on lui faisait passer devant les yeux.

Pendant trois mois, elle a été complètement aveugle, puis la vue s'est améliorée petit à petit.

A l'ophtalmoscope, je constate une atrophie papillaire bilatérale; les bords de la papille sont nets. Sur la rétine et dans les deux yeux, se trouvent en assez grande quantité de petites taches noires, bien arrondies, à contours nets. Ces taches siègent principalement autour de la papille. Dans l'œil gauche, il y en a une sur la macula. A la périphérie, on en voit encore quelques-unes, mais bien peu : elles paraissent siéger dans les couches les plus internes de la rétine.

Le champ visuel est rétréci dans les deux yeux. Dans l'œil gauche, la vision centrale est abolie. La malade dit voir continuellement un point vert au point de fixation.

OBSERVATION XVII

(Rétinite albuminurique gravidique. — Mort. Th. Pley, p. 88.)

Henriette J..., dix-neuf ans et demi, primipare, entre le 10 décembre 1906 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Elle a eu ce jour-là des épistaxis abondantes et se plaint de troubles oculaires.

Réglée à quatorze ans, elle a eu la diphtérie en avril 1906. Ses dernières règles datent du 20 août. Elle est enceinte de quatre mois. Elle est venue à la consultation deux fois depuis le début de sa grossesse. Le 3 novembre, on a constaté la présence d'albumine dans ses urines. Le 21 décembre, elle en a encore en grande quantité. Elle présente à l'auscultation des râles de bronchite disséminés.

On pense que la malade est atteinte d'une néphrite chronique liée à sa diphtérie.

M. Cerisé vient faire l'examen ophtalmoscopique.

O. G. — Veines dilatées et sinueuses. Petites hémorragies le long de quelques vaisseaux. Près de la papille, du côté nasal, quelques taches d'exsudats.

O. D. — Taches exsudatives moins blanches qu'à gauche à la périphérie.

31 décembre. — O. G. — Œdème papillaire assez prononcé. Papille étalée un peu saillante; bords flous.

O. D. — Léger œdème. Vaisseaux tortueux, très rouges. Mêmes taches exsudatives que la veille, des deux côtés. Les lésions oculaires s'aggravant, on décide de placer un ballon.

1^{er} janvier. — L'état de la malade reste à peu près stationnaire. La vue baisse de plus en plus.

Elle est presque nulle de l'O. G. A 9 heures, ballon, extraction, curettage. La malade a des hémorragies utérines, dues à une déchirure incomplète du segment inférieur. Elle souffre de douleurs dans le bas-ventre. Son pouls faiblit; on lui donne sérum, caféine, oxygène. Elle succombe à 7 heures du soir.

Autopsie. — Cerveau : très léger piqueté hémorragique. Foie : un peu petit; deux taches ecchymotiques sur la face convexe. Reins : droit, normal; gauche, tache ecchymotique au pôle supérieur.

OBSERVATION XVIII

(*Revue d'ophtalmoscopique*, 1907, Ball, p. 562.)

Ball cite le cas d'une jeune fille de seize ans, enceinte de deux mois, qui avait des nausées, des vomissements et 6 pour 100 d'albumine dans les urines. Les yeux présentaient une rétinite hémorragique grave. Il y eut avortement à quatre mois, et, deux mois plus tard, la vision était redevenue normale; le fond d'œil conservait encore quelques traces de la rétinite ancienne, mais l'albumine avait disparu.

OBSERVATION XIX

Rétinite albuminurique gravidique. — Guérison, 1905.

Service de M. le professeur Commandeur.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Gonnet.)

M^{me} Jeanne Ch..., trente et un ans, entrée à l'infirmerie de la Charité, le 24 mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, atteint d'une affection urinaire(?). Mère vivante; une sœur vivante : toutes deux en bonne santé.

Antécédents personnels. — Mise en nourrice. Premiers pas à un an. Scarlatine à huit ans. Premières règles à quatorze ans. Toujours réglée régulièrement depuis cette époque. Un peu d'anémie à quinze ans. Migraines depuis l'âge de quatorze ans. Mariée à vingt-cinq ans. Pas de signes de $\sigma\phi$. A dix-sept ans, elle commence à avoir, surtout pendant l'été, à l'occasion de la fatigue, de l'œdème malléolaire. Paralysie faciale droite à vingt ans, qui disparaît rapidement.

1^{re} grossesse, 1900. — Accouchement, à sept mois, d'un enfant mort-né qu'elle avait senti bouger jusqu'à la veille de l'accouchement. Elle avait eu, pendant cette grossesse, de l'œdème des membres inférieurs, qui s'était généralisé à la veille de l'accouchement. Pas d'examen d'urine. Huit jours après l'accouchement, on trouve beaucoup d'albumine dans les urines. Un régime prescrit fut suivi plus ou moins soigneusement. En tous cas, l'albumine diminua, mais persista toujours à un certain taux, environ 2 grammes.

2^e grossesse, 1902. — Accouchement, à sept mois, d'un enfant mort depuis quinze jours. Le régime lacté ne fut pas suivi. Elle aurait eu des crises nerveuses (peut-être éclamptiques). Pendant cette deuxième grossesse, l'albuminurie augmente : 6 à 8 grammes.

3^e grossesse. — Dernières règles : octobre 1904. Depuis environ un an, la malade ne suit plus aucun traitement, malgré la persistance de l'albuminurie.

25 mai 1905. — La grossesse est bien supportée.

Il y a environ un mois, ont commencé des troubles oculaires dont le début a coïncidé avec de la rétinite albuminurique classique. Les deux rétines étaient également lésées et le siège de nombreuses taches hémorragiques. Cependant, peu à peu la vue revenait à mesure que l'albumine, d'abord très abondante, baissait sensiblement dans

les urines. Une semaine après, la malade distinguait les objets et les couleurs, et, quinze jours environ après le début des accidents, la vision était redevenue normale.

A l'examen ophtalmoscopique on constate la disparition des taches brunâtres, la diminution des plaques blanchâtres et la netteté de la papille.

Urines : beaucoup d'albumine. Pas d'œdèmes.

Ventre. — Volume considérable : l'utérus remonte aux fausses côtes, tendu, difficile à palper.

Depuis le 22 mai, la malade ne sent plus bouger. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Cœur maternel : pas de galop.

30 mai. — *Examen ophtalmoscopique.* — Papilles œdématisées grisâtres, à bords flous. Veines dilatées avec petites suffusions sanguines sous forme de taches sombres, irrégulières. Taches nombreuses mais peu volumineuses.

6 juin. — Amélioration des troubles oculaires. La malade commence à y voir plus clairement ; elle a pu lire ce matin une carte postale.

7 juin. — Accouchement à 2 h. 45 du matin d'un enfant macéré. 710/190. Placenta : infarctus blancs.

Perte de sang normale. Suites de couches normales.

12 juin. — Améliorations oculaires continuent.

27 juin. — *Examen ophtalmoscopique* (Dr Jacqueau).

O. D. — Grosses exsudations blanchâtres, disséminées dans toute la rétine avec prédominance à la région inférieure de la papille et propagation vers la macula. Ça et là, quelques petites hémorragies provenant nettement des vaisseaux rétinien qui, à certains endroits, sont absolument noyés dans les exsudations.

O. G. — En haut de la macula, petite plaque exsudative et hémorragie dans la rétine. Ailleurs, quelques petits points exsudatifs peu importants.

D'une façon générale, des deux côtés, la rétine a une teinte légèrement œdématisée.

La malade sort de l'infirmierie le 29 juin.

27 juillet 1905. — La malade revient. Bonne santé. Teint normalement coloré. Retour de couches normal il y a quelques jours. Elle ne suit à peu près pas de régime.

Yeux. — Vont tantôt mieux, tantôt plus mal.

Surtout du côté droit : brouillard, flammes rouges. En somme, pas de changement très sensible dans la vision. Céphalées fréquentes. Faiblesse de la main droite par instants. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Examen ophtalmoscopique. — *O. G.* — Papille normale, un peu rouge. Un foyer d'hémorragie se dessine à un diamètre papillaire de la papille, contigu à la veine temporale super-externe. $V = 1$.

Rien à la macula. Pas d'autres foyers.

O. D. — Du côté temporal, papille très blanchâtre. Vaste nappe d'hémorragie régressive en bas, contiguë à la papille. Toujours en bas, fin piqueté de rétinite. La macula est entièrement tachetée de points de rétinite. Vision quantitative.

La vision de l'*O. G.* s'est considérablement améliorée depuis le dernier examen à la Charité puisque la vision est maintenant revenue à la normale.

4^e grossesse 1908. — *D. R.* : 16 novembre 1907. La malade avait alors 50 centigrammes d'albumine. Ne suit pas de régime lacté. Se plaint d'être un peu fatiguée.

Appareil digestif. — Bon appétit. Constipation légère. Foie normal.

Appareil pulmonaire. — Rien.

Appareil circulatoire. — Pas d'œdème des jambes. Pas d'hypertension. Cœur normal.

Appareil urinaire. — Petits signes de brightisme. Crampes, secousses dans les membres. Fourmillements. Pas d'épistaxis. Urines : 2 litres à 2 l. 250 claires. Se lève cinq ou six fois la nuit pour uriner. Albumine, 40 centigrammes par litre.

Depuis quinze jours, elle sent bouger son enfant.

H. U. au-dessus du pubis : 15 centimètres.

Circonférence ombilicale : 74 centimètres.

Système nerveux. — Très nerveuse. Hypéresthésie cutanée très marquée. Réflexe pharyngien presque aboli.

Yeux. — Mouches volantes. Etincelles.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de paralysie oculaire.

Cette grossesse se passa normalement, et elle accoucha au mois d'août 1909 d'une petite fille vivante et bien portante. Les phénomènes de rétinite albuminurique ne reparurent pas lors de cette quatrième grossesse, bien que la malade eût encore de l'albumine et conservât des traces de ses précédentes attaques. L'enfant fut nourrie au sein pendant six semaines, puis au biberon, la mère étant trop faible. Cette petite est en excellente santé et n'a jamais été malade.

Etat actuel. — Nous sommes allé rendre visite à cette malade et nous avons trouvé une femme bien portante, un peu nerveuse, ne se plaignant nullement de ses yeux, mais seulement de faiblesse générale, surtout aux membres inférieurs.

OBSERVATION XX

Rétinite albuminurique gravidique. — Guérison, 1909.

Service de M. le professeur Commandeur.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Gonnet, accoucheur des hôpitaux.)

Mme M..., quarante-deux ans, de Lyon.

Antécédents personnels. — Rougeole à trente ans. Pas de scarlatine.

Premières règles à treize ans, régulières, indolores, assez abondantes ; durent trois jours.

Mariée à vingt-quatre ans ; mari vivant et bien portant.

Grossesses antérieures : 5.

1^{re} grossesse : enfant vivant.

2^e — enfant vivant.

3^e — enfant mort à vingt-deux mois en nourrice (entérite).

4^e — enfant vivant.

5^e — enfant vivant.

Pendant ces cinq grossesses, la sage-femme n'a jamais trouvé d'albumine dans les urines.

Grossesse actuelle. — D. R. : 28-31 janvier.

Accouchement probable : 4 octobre.

Dès le début, la malade a eu de l'albuminurie, mais l'état général était bon. Au cinquième mois, sont apparues des douleurs abdominales assez vives, qui ont augmenté d'intensité, tellement que la malade vient faire un premier séjour à la Charité le 24 juillet 1909. A cette époque, malade très grosse (pèse 112 kilogrammes) dont l'état général est satisfaisant. Pas de température.

Cœur. — Un peu éréthique, sans galop ; en raison de l'adiposité, il est impossible de toucher la pointe et de savoir s'il est hypertrophié. Pouls normal.

Œdème. — Blanc, assez marqué, des membres inférieurs.

Urines. — 500 à 700 grammes par jour.

Albumine. — 3 grammes. Il y a trois ans, à l'occasion d'une fracture de jambe, les urines furent examinées à l'hôpital de la Croix-Rousse : il n'y avait pas d'albumine. Depuis longtemps, elle a des migraines ; en outre, cette année, elle a de temps en temps des fourmillements dans les doigts qui semblent paralysés.

Uterus. — Grossesse d'environ sept mois.

Enfant vivant.

Les douleurs abdominales ayant diminué très rapidement, la malade part le 11 août 1909.

Traitement. — Régime lacté, purgatifs, repos au lit, chloral. Pendant ce 1^{er} séjour, la quantité des urines, pendant les derniers jours, se maintient au-dessus de 1.000 grammes, mais l'albumine reste à 5, 6 grammes, avec des augmentations brusques à 12, 13 grammes par instants.

2^e séjour. — La malade revient à la Charité le 13 septembre 1909, pour des troubles oculaires.

Depuis son départ, elle a suivi régulièrement le régime ci-dessus indiqué.

Les œdèmes ont certainement diminué.

En juillet, tour de mollet. . . 50 centimètres.

En septembre, tour de mollet. 44 —

Mais le 5 ou 6 septembre, elle a commencé à voir trouble ; elle voit des bêtes noires qui courent à terre. Ces phénomènes augmentent d'intensité très rapidement ; la lumière devient très pénible.

A son arrivée, elle est presque aveugle, ne reconnaît pas les personnes qui sont au pied de son lit, voit tout trouble avec des taches noires.

Pas de douleurs ; ni céphalées, ni douleurs lombaires, ni thoraciques.

Rien au cœur.

Cœur fœtal. — Impossible d'entendre (adiposité).

Poumon. — Rien d'anormal.

Urines. — 1.800 grammes. *Albumine*. — 5 grammes.

1^{er} examen ophtalmoscopique par M. le D^r Genet, qui diagnostique une *neuro-rétinite albuminurique bilatérale*.

Etant données l'intensité et la gravité des troubles oculaires, dans chaque œil on trouve 5 à 6 foyers d'hémorragies ou de placards blancs de dégénérescence rétinienne. On décide l'accouchement prématuré artificiel.

18 septembre. — *Utérus*. — Hauteur, 38 centimètres (adiposité). En raison de l'épaisseur de la paroi abdominale, on ne peut reconnaître ni présentation, ni position.

Bruits du cœur non perçus.

Toucher. — Sommet.

On met une bougie de Krause.

20 septembre. — Accouchement, sans incidents, d'un fœtus macéré de 1.720 grammes. Placenta, 480 grammes sans lésions albuminuriques apparentes. Pas d'hémorragies. Les suites de couches sont très simples.

Pas de température.

Les urines se maintiennent à 1.500 grammes environ.

L'albumine diminue rapidement et tombe au-dessous de 2 grammes par litre.

8 octobre. — On dose 1 gramme d'albumine. A cette date, qui est celle de sa sortie, la malade avait une *vision bien améliorée*. Acuité visuelle augmentée.

Elle est : à D. = $1/10$; à G. = $1/3$.

Elle voit maintenant les barreaux de son lit.

15 octobre 1909. — 2^e examen ophtalmoscopique, Dr Genet. — Nombreuses hémorragies rétiniennees aux deux yeux. Plaques blanches disséminées sur toute la rétine. Quelques-unes sont visibles sur la macula. Ces lésions bilatérales sont surtout accusées à droite. A cette date, la vision est : à D. = $1/6$; à G. = $1/3$.

17 décembre 1910. — 3^e examen. — Deux mois après, l'acuité visuelle est redevenue normale et le fond de l'œil est normal.

20 janvier 1911. — Nous sommes allé rendre visite à cette malade que nous avons trouvée en parfait état de santé. Elle se plaint uniquement de cuisson aux yeux quand elle est au grand air.

M. le Dr Genet pratique un nouvel examen ophtalmoscopique qui donne les résultats suivants :

Acuité visuelle normale. — O. D. = 1; O. G. = 1.

Pupilles égales, moyennement dilatées, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Fond d'œil. — A droite et à gauche, aucune lésion actuellement visible. Papille normale. Vaisseaux rétinienens intacts. Toute la surface rétinienne est indemne.

OBSERVATION XXI

(Maternité de l'Hôtel-Dieu, Dr Voron.)

Mme C..., trente-trois ans, V pare, ménagère, entre le 10 mai 1910 à la Maternité.

Père mort, à trente-trois ans, d'affection indéterminée

Mère âgée de soixante-dix ans, en bonne santé.

La malade ne peut préciser à quel âge elle a été réglée. Les règles ont toujours été régulières.

Fièvre typhoïde à quatorze ans. Pas de scarlatine.

Mariée à vingt-deux ans. Son mari est bien portant.

Aucun signe de syphilis.

La 1^{re} grossesse remonte à 1899. Elle est allée à terme sans incidents. L'enfant est vivant et bien portant.

En 1901, 2^e grossesse, qui est allée également à terme sans incidents. L'enfant est vivant et bien portant.

En 1905, 3^e grossesse. A partir du cinquième mois, la malade a constaté qu'elle était enflée : elle avait de l'œdème des jambes, de la bouffissure de la face très marquée. Mise au régime lacté, la grossesse est allée à terme, et l'accouchement s'est fait spontanément, sans hémorragie de la délivrance. L'enfant est bien portant.

Depuis cette grossesse, l'albumine a toujours persisté.

La malade a eu beaucoup de pertes blanches.

En 1909, le 2 mai, de nouveau enceinte, elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu chez M. le professeur Rollet pour ses yeux ; elle avait des troubles visuels très accentués, ne distinguant plus ses enfants autour de son lit. On diagnostique une rétinite albuminurique et on conseille l'avortement qui est refusé. Quelques jours après, le 6, elle expulse spontanément un fœtus macéré. Les suites de couches ont été normales. Les troubles de la vision ont duré encore deux mois, puis la malade a pu reprendre ses occupations.

En 1910, le 7 mai, elle vient à la visite, accusant un retard de règles. Dernières règles le 4 mars. Depuis le 10 avril, réapparition des troubles visuels : céphalée, mouches volantes, etc... M. le professeur Rollet fait le diagnostic de rétinite albuminurique et la malade entre à la Maternité le 10 mai. Examen des urines. Gros disque d'albumine.

Pas d'œdème des jambes. Légère bouffissure de la face.

A l'examen du cœur, on trouve les signes suivants : la pointe bat dans le VI^e espace, en dehors de la ligne mamelonnaire. Choc impulsif ne donnant pas l'impression de bruit de galop. A l'auscultation : à la pointe, 1^{er} bruit

impulsif. Dans la région aortique, souffle systolique assez fort, se propageant le long des vaisseaux du cou, et s'étendant également dans la région précordiale.

Ce souffle disparaît dès que l'on se rapproche de l'aisselle. Pas de double souffle de Durozier. Le pouls est très tendu ; la pression, forte, peut être évaluée à 20. Léger œdème des jambes. Pas d'ascite. Pas de gros foie. Rate normale.

12 mai. — Intervention. Dilatation aux bougies d'Hégar. L'utérus est petit, les bougies pénètrent facilement ; il ne paraît pas contenir d'œuf. La curette ne ramène que quelques petits caillots.

Depuis cette intervention, les troubles visuels ont diminué. La malade dit qu'elle y voit beaucoup mieux. L'albumine est toujours abondante dans les urines.

Après les recherches effectuées pour retrouver M^{me} C., nous avons appris par une de ses amies qu'elle était retournée dans son pays, en Corse, et qu'elle était morte au mois d'août ou septembre 1910, des suites de sa néphrite.

OBSERVATION XXII

Œdème rétinien gravidique léger. — Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet
et de M. le Dr Gennevet.)

M^{me} V..., trente ans, de Lyon. Primipare. Bonne santé antérieure. Aucune maladie grave, sauf un mauvais état digestif et un peu d'entéro-colite muco-membraneuse.

Huit jours avant son accouchement, on constate la présence d'albumine dans ses urines : 0 gr. 50. On prescrit le traitement d'usage : régime lacté, repos au lit, grands bains, lavements, etc.

Etat digestif très mauvais.

Le 23 novembre au soir, la malade déclare qu'elle ne voit plus les objets qui se trouvent au pied de son lit. Elle distingue encore la lumière et les objets très rapprochés. Cet accident est survenu brusquement.

Deux heures après, la malade ne distingue même plus le jour de la nuit.

Pas de température.

Dans la nuit, les douleurs commencent.

Le lendemain à 11 heures, légère crise d'éclampsie. On administre du chloral en lavements.

6 grammes d'albumine.

Même état jusqu'au soir. Les douleurs se calment. De 5 heures à 10 heures du soir, aucune douleur. La malade n'a pas de crise véritable, mais se trouve en état de crise imminente.

On décide de faire l'accouchement.

Ballon de Champetier. Forceps. Tout se passe normalement. Légère hémorragie. On extrait un enfant vivant, très bien portant.

Le lendemain, la malade distingue le jour de la nuit.

M. le professeur Rollet pratique l'examen ophtalmoscopique et fait le diagnostic d'œdème séreux rétinien léger sans hémorragies ni taches exsudatives.

Progressivement, au bout de cinq jours, la vue est redevenue absolument normale.

Un nouvel examen ophtalmoscopique, fait par M. le Dr Gennevet, montre que tout a disparu et qu'il n'y a aucune lésion.

Au mois de décembre, la malade a fait une pneumonie à allures sourdes, bâtardes, avec température à 39 degrés le 15 décembre. Cette pneumonie a évolué rapidement, en cinq jours.

Actuellement, la malade va bien, ainsi que son enfant. Elle n'a plus de température. Etat général excellent. Aucun signe à l'auscultation.

CONCLUSIONS

I. — Le pronostic de la rétinite albuminurique paraît très différent suivant qu'on envisage cette affection pendant la grossesse, ou en dehors de celle-ci.

II. — Le pronostic de la rétinite albuminurique en dehors de la grossesse est d'une haute gravité : les malades meurent après un temps qui n'excède guère un ou deux ans.

III. — Pendant la grossesse, le plus grand nombre des malades guérissent définitivement et, au surplus, recouvrent la vue.

Dans notre statistique personnelle, nous comptons :

3 morts sur 22 observations (13,6 o/o);

1 cas de cécité sur 22 observations (4,5 o/o).

IV. — Les femmes enceintes, atteintes de rétinite albuminurique, et qui succombent dans un laps de temps plus ou moins rapproché, sont atteintes de véritables néphrites, et non de l'albuminurie transitoire causée par la grossesse. C'est la gravité de la lésion rénale qui fait la gravité du pronostic.

V. — Il n'est pas nécessaire d'interrompre la grossesse dans tous les cas de rétinite albuminurique, si l'on tient compte de la guérison habituelle des femmes enceintes atteintes de cette affection.

Dans la rétinite albuminurique gravidique pure, deux conduites peuvent être tenues : 1° Dans les formes sévères (forme gravido-néphrétique, intoxication urémique) on pensera à faire l'accouchement prématuré, attendu que la mort et la cécité peuvent survenir dans quelques cas ; 2° dans les formes discrètes, on appliquera le traitement approprié et on pourra temporiser sans inconvénients.

VI. — Quant au pronostic fœtal, il est toujours très sombre. Dans notre statistique — incomplète faute de renseignements — l'intervention semble lui être favorable.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 février 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AXENFELD, *Revue d'ophtalmologie*, 1899, p. 134.
- AYRES, *Revue d'ophtalmologie*, 1909, p. 355.
- BALL, *Revue d'ophtalmologie*, 1907, p. 562.
- BAR, Des polynévrites et des mononévrites gravidiques (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1904, p. 180).
- BARKER (F.), *Traité des affections puerpérales*, p. 77, cité par Scott (*Trans. Ohio medical Soc.*, 1875, p. 100).
- BASTIDE, *Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral* (th. Paris, 1893).
- BOUSSEAU, *Des rétinites secondaires* (th. Paris, 1868).
- BULL (O.), *Annales d'oculistique*, octobre 1892, t. CVIII, p. 286.
- BUDIN et DEMELIN, *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, 1904.
- BURNIER, *Gazette des hopitaux*, 4 février 1911.
- CARRON DU VILLARDS, *Maladies des yeux*, 1898.
- CHURCHIL, *Traité pratique des maladies des femmes*, 1881.
- CIRICIONE, *Clinique oculistique*, 1900, p. 97.
- CLAP, *Revue d'ophtalmologie*, 1902, p. 190.
- COHN SALO, Uterus und Auge (*Semaine médicale*, 26 février 1890, p. 71).
- COMMANDEUR et GONNET, *Revue obstétrique de Lyon*, 21 avril 1910.
- COUDRAY, Indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques (th. Paris, 1899).
- CULBERTSON, in *The American Journal of ophthalmologie*, t. XI, p. 133.
- DELARUE, *Traité des maladies des yeux*, 1820.

- DESMARRES, *Traité des maladies des yeux*, 1858, t. III, 2^e édition.
- DESMONCEAUX, *Traité des maladies des yeux*, 1786.
- DEVAL, *Traité des maladies des yeux*, 1862.
- EUSTACHE, *Manuel pratique des maladies des femmes*, Paris, 1881.
- FANO, Troubles de la vision chez les femmes enceintes (*Journal d'oculistique et de chirurgie*, décembre 1883).
- FAUCONNIER, *l'Amaurose et la cécité au cours de la grossesse* (th. Paris, 1907).
- FORDYCE BARKER, *Traité des affections puerpérales*, p. 77, cité par Scott, in *TransO-hio medical Soc.*, 1875, XXX, p. 100.
- FRANK VAN FLEET, Rétinite albuminurique et gravidique (*The New-York Medical Journal*, septembre 1891).
- FROGÉ, *Pathogénie de quelques troubles de la grossesse* (th. Paris, 1868).
- GALEZOWSKI, *Traité des maladies des yeux*, 1872.
- GENDRON, *Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine* (th. Paris, 1890).
- GERMANE, *Revue d'ophtalmologie*, 1908, p. 284.
- GUENDE, *Revue d'ophtalmologie*, 1898, p. 615.
- GUÉRIN, *Traité des maladies de l'œil*, 1770.
- GUIBERT, Pronostic de la rétinite albuminurique après l'accouchement (*la Clinique ophtalmologique*, 1896, 7 février).
- HEURNIUS, *De morbis oculorum*, 1602, p. 46.
- HIPPOCRATE, *Œuvres complètes* (traduction de E. Littré).
- HOWE, *Revue d'ophtalmologie*, 1885, p. 474.
- JANIN (Jean), *Mémoires et obstétriques sur les maladies de l'œil*, 1772.
- JANOT, *Rapports morbides de l'œil et de l'utérus* (th. Montpellier, 1892).
- JEANSELME, *Maladies des yeux*, 1840.
- LACHAPELLE (M^{me}), *Pratique des accouchements*, 1825, t. III, p. 11.

- LAGRANGE et VALUDE, *Encyclopédie*, t. VI-VII, 1904-1908, article RÉTINITE ALBUMINURIQUE.
- DE LAPERSONNE, De l'intervention dans la rétinite gravidique (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie* 9 mai 1888).
- LÉCORCHÉ, *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse* (th. Paris, 1858).
- LUTZ, *Mittheilungen aus der ophthalmologischen Klinik in Tübingen*, 1884.
- MACKENZIE, *Traité des maladies de l'œil*, 1857, t. II, p. 771. Supplément 1865, t. III, p. 555.
- MAITLAND RAMZAY, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Glasgow*, 1893, 22 février.
- MAITRE JEAN, *Traité des maladies de l'œil*, 1740.
- MALPIGHI, *De morbis oculorum*, 1674.
- METAXAS, *Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement* (th. Paris, 1882).
- MEYER, Avortement et rétinite albuminurique (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1899).
- *Revue d'ophtalmologie*, 1900, p. 29.
- MILEY, Pronostic de la rétinite albuminurique (*Ophtalmologic Society of London*, janvier 1888).
- MONTHUS, *Rétinites albuminuriques* (th. Paris, 1902).
- MORAX, *Précis d'ophtalmologie*, 1907.
- MORAX, WIDAL et WEILL, *Société médicale des hôpitaux*, 22 avril 1910.
- MORGAGNI, *De sedibus et causis morborum*, 1765.
- PANAS, *Traité des maladies des yeux*, 1894, vol. I. p. 636.
- *Leçon sur les rétinites*, 1878.
- PÉTREQUIN, *Traité pratique de l'Amaurose*, 1841.
- PINARD, in Varnier, *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1888, p. 290.
- PLEY, *Des névrites et névro-rétinites au cours de la grossesse* (th. Paris, 1908).
- POLTE, Examen des yeux chez les femmes enceintes ou en couches (*Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde*, déc. 1905).

- PUIG-AMETLER, *Revue d'ophtalmologie*, 1900, p. 335.
- PUYO, *Des névrites gravidiques* (th. Paris, 1904).
- RIBEMONT-DESSAIGNES, *Précis d'obstétrique*, 1900.
- ROCHON-DUVIGNEAUD, *Société française d'ophtalmologie*, 1901 et octobre 1910.
- ROLLET (E.), *Traité d'ophtalmoscopie*, octobre 1910, Paris, 1898 (p. 252).
- SICHEL (J.), *Traité d'ophtalmologie (cataracte et amaurose)* 1837.
- DE SAINT-YVES, *Traité des maladies de l'œil*, 1767.
- SNELL, *The Lancet*, 15 juillet 1905.
- TÉDENAT, *Revue d'ophtalmologie*, 1900, p. 335.
- TERRIEN, *Précis d'ophtalmologie*, 1908.
- TRUC, VALUDE et FRENKEL, *Eléments d'ophtalmologie*, 1908.
- TUILANT, *De la névrite puerpérale* (th. Paris, 1891).
- VALUDE, *Annales d'oculistique*, avril 1892, p. 27.
- VORON et GONNET, *Revue obstétricale de Lyon*, 19 mai 1910.
- WECKER (DE) et LANDOLT, *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, 1889.
- WEILL et WILHELM, *Société d'obstétrique*, janvier 1911.
- WELLER, *Traité des maladies des yeux*, 1826.
- WILLIAMS, in *Boston medical and Surg. Journal*, 1873, t. LXXXIX, p. 373.
- WINCKEL, *Handbuch der Geburtshülfe*, 1904.

